Rok XLVI. Kraków, dnia 29 czerwca 1907. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O zmianie ilości bakteryi w kale pod wpływem stosowania w lewatywach i w dyecie mleka kwaśnego zwykłego oraz sporządzonego sposobem Miecznikowa.

Napisał

Dr Bronisław Wejnert.

(Ciąg dalszy.)

W drugiej seryi przypadków postępowaliśmy w ten sposób, iż bakterye w kale obliczano kilkakrotnie przed wprowadzeniem do dyety zwykłego mleka kwaśnego, a następnie po wprowadzeniu w dniach trzecim i następnych do dziewiątego lub 15-go. Nadto w niektórych razach w dniu trzecim i następnych po zaprzestaniu używania mleka.

I. K., l. dz. 58. *Morb. Basedowi et neurosis ventriculi.* D. 30. i 31. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 108.300—216.010. Od dnia 1. II. do dyety wprowadzono 1 litr mleka kwaśnego. W dniach 3., 4., 5., ilość bakteryi w 1 mlgr. kału: 143.200—67.473—71.354—78.760; średnio 90.196. W dniu 6. i 7. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 73.530—80.400; średnio 76.965. Dyeta: rosół, 5 bułek, mleko słodkie, 2 jaja, kompot, jarzyna, jajecznica, sznycel, legumina, kakao, 2 masła, 2 szynki, 2 herbaty.

II. W. B., l. dz. 89. *Exsudat. periton.* W dniach 29. i 30. I 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 940.910—1,306.000, średnio 1,123.455. Dnia 1. II. wprowadzono do dyety 1½ litra mleka kwaśnego. W dniach 5. i 6. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 424.156—701.680; średnio 562.918. W d. 8. i 9. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 399.128—644.400; średnio 519.264. Od dnia 10. II. kwaśne mleko z dyety usunięto. Na trzeci dzień po usunięciu mleka ilość bakteryi w 1 mlgr. kału = 1,019.060; na szósty dzień 1,306.550. Dyeta: rosół, 4 jaja, pieczeń, jarzyna, 2 herbaty, 3 bułki, kompot, mleko słodkie.

III. M. K., l. dz. 119. *Diabetes mell.* Dnia 1. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi 4,472.500. W d. 2. II. wprowadzono do dyety 2½ l. mleka kwaśnego; d. 7. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału wynosi średnio 534,835. Po 13, 14 i 15 dniach podawania mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 449.820, 572.800, 479.720; średnio 500.780. Dyeta: 2 mleka słodkie, rosół, 2 kotlety, 2 pieczenie, 2 sznycle, jajecznica, 2 jaja.

IV. J., l. dz. 108. *Diabetes mellit.* Dnia 2. II. 1907 r. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału średnio 2,386.860. D. 3. II. wprowadzono do dyety 2½ l. mleka kwaśnego; d. 9. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 446.522. Po 15, 16, 17 dniach 701.680—224.910—859.200; średnio 595.263. Dyeta: 8 jaj, kotlet, 3 pieczenie, kawa biała, masło, rosół, 2 szynki, 2 mleka słodkie.

V. K., l. dz. 133. *Cephalaea.* Dnia 19. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 562.000. Po 3 dniach spożywania po ⅔ litra mleka kwaśnego, w 1 mlgr. kału bakteryi było 441.000. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, mięso, jarzyna, 2 jaja, 4 bułki, 2 herbaty.

VI. K. M., l. dz. 80. *Morbus Raynaudi.* D. 10. XII. 1906 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 705.600. Po 3 dniach spożywania ⅔ l. mleka kwaśnego ilość bakt. w 1 mlgr. kału 793.800. Podawanie mleka przerwano z powodu wstrętu chorej do tego pokarmu. Dyeta: 2 kawy, 4 bułki, pieczeń, kompot, rosół, szynka, 2 jaja, herbata.

VII. K. W., l. dz. 181. *Paralysis spin. spast.* Dnia 22. i 23. II 1907 ilość w bakteryi w 1 mlgr. kału 1,372.000—1,568.000; średnio 1,470.000. Po 6 dniach przyjmowania 1 l. mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 754.600. Dyeta: 2 mleka sł., rosół, 2 jaja, pieczeń, kotlet, jarzyna, legumina, 3 bułki.

VIII. B. A. *Obstipatio habitualis.* Dnia 19. I. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000. Po 6 dniach spożywania 1 l. mleka kwaśnego ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 308.000. Dyeta: 4 herbaty, 5 bułek, rosół, 2 mięsa, legumina, szynka, kotlet.

Wyniki powyższe wskazują, iż zapomocą stosowania w dyecie mleka kwaśnego zdołaliśmy obniżyć ilość bakteryi w 1 miligramie kału w 3 przypadkach do połowy ilości pierwotnej; w jednym do ⅓; w jednym do ¼ i w jednym do ⅑. W dwóch przypadkach, w których mleko podawane było tylko przez 3 dni w ilości mniejszej, niż 1 litr i znoszone było wogóle źle, nie było znacznej różnicy w ilości bakteryi przed i po podawaniu mleka. Prócz tego widzimy, iż dłuższe spożywanie mleka, niż przez 6—7 dni, nie wywołuje coraz to większego obniżenia się ilości bakteryi, utrzymując jedynie *status quo.* Po usunięciu natomiast mleka już na 3—4 dzień ilość bakteryi wzrasta do pierwotnej prawie ilości.

W ostatnich czasach nabrało rozgłosu mleko kwaśne, przygotowywane z czystej hodowli bakteryi mlecznych, a znane pod nazwą »mleka Miecznikowa« lub mleka z laktobacyliny. Ponieważ jedną z cech głównych tego mleka ma być wpływ zgubny, wywierany przez nie na drobnoustroje przewodu pokarmowego — zajęliśmy się więc w trzeciej seryi przypadków wyjaśnieniem pytania, czy i o ile mleko Miecznikowa silniej działa na bakterye przewodu pokarmowego, niż mleko kwaśne zwykłe.

I. S., l. dz. 142. *Ptosis ventriculi.* D. 17., 18. i 19. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 529.200—705.600—980.000; średnio 738.266. D. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 25. i 26. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 294.000—145.530—308.000; średnio 282.510. D. 28. II. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 154.350; dnia 3. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 98.000. W trzy dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 98.000. Stolce oddawał chory regularnie codziennie rano. Dyeta: 4 mleka słodkie, rosół, 4 jaja, legumina, jajecznica, 3 bułki.

II. B. W. *Obstipatio habitualis.* 18., 19., 20., 21. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 88.200—126.000—112.000, 112.000; średnio 109.550. D. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 28. II. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 27.440—32.200; średnio 29.820. D. 5. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 4.900—4.200; średnio 4.550. W 3 dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi bez zmiany, w 10 dni ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 20.400. Od 3 dnia podawania mleka Miecznikowa wystąpiło zaparcie stolca (raz na 4—5 dni); stan ten trwał do 10 dnia po usunięciu mleka. Dyeta: 4 herbaty, rosół, 2 mięsa, 2 bułki, legumina, szynka.

III. S., l. dz. 180. *Depressio psychica.* Dnia 19., 20., 21. II. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 128.380—222.600—168.000; średnio 172.993. Od d. 22. II. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 28. II. ilość bakt. 1 mlgr. kału 30.870—56.000; średnio 43.435. D. 4. III. ilość bakt. w 1 mlgr. kału 2.000. W 3 dni po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi nie zmieniona; w 10 dni 4.600. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 2 mleka sł., 2 jaja, rosół, pieczeń, kotlet, jarzyna, legumina, 3 bułki.

IV. Z., l. dz. 186. *Neurasthenia.* Dnia 1. i 2. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000 — 793.800; średnio 837.900. W d. 2. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. Dnia 11. i 12. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 220.500—135.000; średnio 177.750. Od 3 dnia podawania mleka Miecznikowa wystąpiło zaparcie stolca (raz na 3—4 dni). Dyeta: 2 mleka sł., 2 jaja, rosół, kotlet, jarzyna, 5 bułek, kaszka.

V. M., l. dz. 184. *Neurasthenia.* Dnia 1. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 441.000—548.000; średnio 494.500. Od 2. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 11. i 12. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 80.000—98.000; średnio 82.000. Stolce regularne codziennie. Dyeta: kleik, 4 mleka sł., 4 jaja, 4 bułki, kaszka na maśle.

VI. Sz., l. dz. 178. *Nephritis.* Dnia 7. i 8. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 352.800—490.000; średnio 421.400. Od 8. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 17. i 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 65.000 — 104.970; średnio 79.985. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 4 mleka sł., 4 bułki, kompot, legumina, jarzyna, kaszka.

VII. Sk., l. dz. 157. *Nephritis.* D. 8. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 882.000; od 8. III. zaczęto podawać mleko Miecznikowa. Dnia 17. i 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 114.009—147.000; średnio 130.500. Stolce regularne codziennie. Dyeta: 4 mleka sł., 4 jaja, 3 leguminy, kaszka, kompot, 3 bułki, masło.

VIII. Z. M. *Obstipatio habitualis.* D. 4. i 5. III. 1907 ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 1,176.000—980.000; średnio 1.078.000. Od 5. III. zaczęto podawać po 1 l. mleka Miecznikowa. D. 13. i 14. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 126.000—70.000; średnio 98.000. Od d. 15. III. usunięto mleko Miecznikowa. D. 18. III. ilość bakteryi w 1 mlgr. kału 112.000. Stolce codziennie. Dyeta: 5 herbat, 5 bułek, rosół, 2 mięsa, szynka, legumina, kotlet.

Przytoczone powyżej liczby dowodzą, iż zapomocą stosowania mleka kwaśnego, sporządzonego sposobem Miecznikowa, powiodło się obniżyć ilość bakteryi, przypadającą na 1 miligram kału, 2 razy do $^1/_7$ pierwotnej ilości i po jednym razie do $^1/_5$, $^1/_6$, $^1/_8$, $^1/_{11}$, $^1/_{27}$, $^1/_{86}$. Nadto widzimy, iż po usunięciu mleka Miecznikowa ilość bakteryi powraca do pierwotnej ilości bardzo wolno: w 10 dni jeszcze nie dochodzi do połowy pierwotnej ilości.

Przy obliczaniu kolonii na płytkach okazało się, iż zawsze rozstrzygający wpływ na wyniki wywierały kolonie, nie rozpuszczające żelatyny: kolonie rozpuszczające znajdowaliśmy wprawdzie kilka razy, lecz w ilości nader ograniczonej. W tych przypadkach, w których przeszczepiliśmy takie kolonie na żelatynę, agar i bulion, oraz zbadaliśmy je pod drobnowidem, doszliśmy do wniosku, iż mamy do czynienia z bakteryą, należącą do grupy prątka siennego *(b. subtilis).* Były to prątki, barwiące się według sposobu Grama, krótkie i szerokie, leżące miejscami jeden za drugim; na agarze nalot szaro-biały pomarszczony, gruby; w hodowli kłutej na żelatynie szybkie rozrzedzenie cylindryczne, na powierzchni błonka biała, bulion zlekka mętnieje, na dnie osad, na powierzchni błonka.

Z bakteryi nierozpuszczających żelatyny zauważyliśmy na płytkach trzy rodzaje kolonii: 1) drobne, kuliste, szarawo-żółtawe, przy powiększeniu ciemno-żółte punkciki o wyraźnych konturach, występujące zazwyczaj najliczniej; 2) wielkie, płaskie, przeświecające, białe błoniaste kolonie o zębatych nierównych brzegach, pod drobnowidem o licznych żyłkach jaśniejszych i ciemniejszych; kolonie te rosną na powierzchni płytek; ilość ich znacznie mniejsza od poprzednich; 3) półkuliste, nieprzeźroczyste, błyszczące, opalizujące kolonie o wyraźnych konturach.

Wobec tego, iż wszystkie nasze wyniki liczbowe, otrzymane we wszystkich 3 seryach, odnieść należy do powyższych trzech rodzajów kolonii, jako do jedynie rozstrzygających o ilości kolonii w danej płytce, staraliśmy się określić dokładniej, jakie tu bakterye wchodzą w grę. W tym celu badaliśmy preparaty pod drobnowidem, oraz szczepiliśmy hodowle na bulionie, żelatynie i agarze.

Co do badania drobnowidowego preparatów barwionych, to we wszystkich 3 razach znajdowaliśmy krótkie laseczki z zaokrąglonymi brzegami, odbarwiające się metodą Grama i leżące to pojedynczo, to podwójnie. Hodowle na bulionie, agarze i żelatynie dały również podobne bardzo wyniki we wszystkich 3 przypadkach. W kłutej hodowli na żelatynie wzdłuż całego ukłucia rozwijało się mnóstwo drobnych, okrągłych, zlewających się ziarenek, następnie na powierzchni tworzyła się błonka. Na skośnym agarze wzdłuż rysy wyrastał pasek o falistych brzegach, białawy, błyszczący, przeświecający i soczysty. Bulion mętniał po kilku godzinach (w termostacie), następnie na powierzchni tworzyła się niebieskawa błonka, a na dnie zjawiał się osad. Hodowle różniły się jedna od drugiej tem, iż podczas gdy w dwóch pierwszych przypadkach otrzymaliśmy wyraźny odczyn indolowy, w trzecim odczynu tego stwierdzić nie mogliśmy. (Dok. nast.)

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Dokończenie.)

VII. J. K., 56 lat, duchowny, zgłosił się do kliniki terapeutycznej 13. I. 1906 r. Główne skargi: mocne niedomaganie, brak zupełny łaknienia, wstręt do mięsa, częste wymiotowanie śluzem z domieszką krwi. Cierpi od roku, w ciągu choroby ubyło mu około puda wagi.

Osłabienie, znaczne wyniszczenie. Ciepłota 36·4 C. Skóra i błony śluzowe blade z szarym odcieniem. Twarz nieco obrzękła, na stopach znaczne obrzęki. Mięśnie w znacznym stopniu zanikłu.

Gruczoły pachwinowe nieco powiększone. W płucach nieznaczna rozedma. Serce przykryte płucami, tony głuche. Tętno 80 na minutę, prawidłowe. Brzuch równomiernie wzdęty, skóra na nim nieco obrzękła. Opukiwanie daje wszędzie odgłos bębenkowy. Wątroby i śledziony wymacać nie można. W lewej połowie środkowego odcinka brzucha można wymacać guz, składający się z kilku dość twardych mniejszych guzów, z których każdy dosięga wielkości kurzego jaja do wielkości pięści. Guz mocno bolesny, mało ruchomy przy oddychaniu. Wyraźnie porusza się przy uciskaniu okolicy nerkowej od tyłu. Odgłos opukowy w okolicy guza od strony guza bębenkowy. W prawej stronie brzucha macalny także guz, wielkości 2 pięści, bolesny, ruchomy przy uciskaniu na odpowiednią okolicę nerkową. B a d a n i e t r e ś c i ż o ł ą d k a po próbnem śniadaniu E w a l d a stwierdziło: kwaśność ogólna 0,05 prc. Kwasu solnego wolnego O. Kwasu solnego związanego 0,04 prc., ślady kwasu mlecznego. We krwi: hemoglobiny 75 prc. Ciężar właściwy 1,030, krwinek czerwonych 3,000.000, białych 8,700 (stosunek 1: 345), nieznaczna poikilocytoza. W kale: dużo włókien mięsnych, poprzecznie prążkowanych, i kropel tłuszczowych. Mocz (zebrany w prze-

ciągu doby) zawiera około 0,75‰ białka, w osadzie 15—20 krwinek białych, 10—15 krwinek czerwonych w każdem polu widzenia, dość znaczną ilość nabłonków płaskich i wrzecionowatych.

20. I. Dokonałem uciskania lewego guza. Mocz przed uciskaniem zawierał 0,5‰ białka; w osadzie 10—20 krwinek czerwonych, 5—6 pojedynczych krwinek białych i pojedyncze w polu widzenia nabłonki płaskie. Po upływie 10 min. po uciskaniu — 10 sz. c. moczu, zawierającego 1,5‰ białka; w osadzie i w polu widzenia dużo krwinek czerwonych, rozrzuconych pojedynczo lub po kilka, 10—15 krwinek białych.

27. I. Uciskanie prawej nerki. Mocz przed uciskaniem: 0,5‰ białka; osad: w polu widzenia 15—20 krwinek czerwonych, 20—30 białych, z osobna płaskie i wrzecionowate nabłonki. Po upływie 12 min. po uciskaniu — 40 sz. c. moczu, zawierającego 1,5‰ białka; osad: w polu widzenia przeważnie krwinki czerwone, leżące z osobna lub w grupach, 20—30 krwinek białych, pojedyncze płaskie i wrzecionowate nabłonki.

Białkomocz, powstający po uciskaniu każdego z guzów, świadczy, iż guzy te są nerkami; inne dane badania klinicznego: odgłos bębenkowy nad guzem, ruchomość przy uciskaniu na odpowiednią okolicę lędźwiową najzupełniej potwierdzają to przypuszczenie. Wiek, charłactwo, zmiany we krwi chorego zmuszają do przypuszczenia, że jest to sprawa nowotworowa złośliwa w obu nerkach. W czasie pobytu chorego w klinice charłactwo i osłabienie znacznie postąpiły.

29. I. chory zmarł. Pośmiertnego badania nie dokonywano.

VIII. (Przypadek badany w oddziale chirurgicznym Aleksandrowskiego szpitala w Kijowie). K. L., 41-letnia mężatka, zgłosiła się do szpitala 18. II. 1906 r. Cierpi około 6 miesięcy (od października 1905 r.) na bole w lewym boku, którym czasami towarzyszy drętwienie lewej nogi. Bole te, w początku choroby niezbyt silne, ku końcowi grudnia 1905 r. o tyle się zwiększyły, że chora nie mogła chodzić i położyła się do łóżka. Od czasu do czasu zjawiała się gorączka (38—39° C), której towarzyszyło ziębienie i pot. Mocz nie zawsze jednakowy: czasem przejrzysty, częściej mętny, a od czasu do czasu zabarwiony krwią. Domieszkę krwi spostrzegła chora na początku choroby (11. X. 1905). Oddawaniu moczu towarzyszy ból, moczenie częste (w nocy wstaje 2 razy). Łaknienie małe, zaparcie stolca. Dwa razy chorowała na zapalenie płuc włóknikowe, zwykle na wiosnę i w jesieni kaszle; krwioplucia nie było. Matka umarła na suchoty, siostra na zapalenie opłucnej.

27. II. Wyraźne charłactwo. Ciepłota — 38·5° C. Skóra i błona śluzowa blade. W płucach: zapadnięcie się okolicy prawego szczytu i tutaj przytłumienie odgłosu opukowego z przydźwiękiem bębenkowym; oddech osłabiony przy wydechu miękkim, rzężenia drobno-bańkowe przy kaszlu. Poniżej lewej łopatki z tyłu przytłumienie odgłosu opukowego z przydźwiękiem bębenkowym i osłabiony oddech pęcherzykowy. W sercu: prawa granica stłumienia sięga prawej linii mostkowej; uderzenie koniuszkowe w IV. międzyżebrzu nieco ku środkowi od linii sutkowej lewej. Pierwszy ton nad koniuszkiem nieczysty. Brzuch nieco zapadnięty, ściany jego napięte. Na całej przestrzeni brzucha, szczególniej po lewej jego stronie, zarysowują się nieco rozszerzone żyły podskórne. Wątroba macalna o jeden palec poniżej łuku żebrowego; górna granica w linii sutkowej prawej na wysokości 6. żebra. Śledziona nie powiększona. Opukiwanie brzucha stwierdza na całej przestrzeni stłumiony odgłos bębenkowy, po lewej stronie ku górze od linii pępkowej wymacać się daje miękki, ruchomy przy oddechu, bardzo bolesny guz. Dłuższa jego średnica leży równolegle do środkowej linii ciała, przyczem dolny brzeg leży o 2 palce poniżej linii pępkowej, wewnętrzny o 3 palce od linii środkowej i górny ukrywa się pod łukiem żebrowym lewym. Guz porusza się przy uciskaniu lewej okolicy nerkowej, która jest nieco wypukłona i bolesna przy uderzaniu.

Mocz przed uciskaniem guza — mętny z czerwonawym odcieniem, zawiera 0,165‰ białka; w osadzie w polu widzenia 10—30 krwinek czerwonych, 10—15 krwinek białych, 1—3 nabłonków wrzecionowatych, 3—5 kryształów szczawianowych, czasami twory wałeczkowate śluzowe. Laseczników gruźliczych nie wykryłem. W 40 minut po uciskaniu guza 26 sz. c. obficie z krwią zmieszanego moczu, zawierającego 1,32‰ białka; w osadzie w każdem polu widzenia dużo krwinek czerwonych, leżących grupami i pojedynczo, bardzo dużo tworów wałeczkowatych z krwinkami czerwonemi, 10—15 krwinek białych, 3—5 nabłonków wrzecionowatych. Laseczników gruźliczych nie wykryłem i teraz.

7. III. Zapomocą wprowadzenia cewnika do lewego moczowodu (dr Pietkiewicz) otrzymano w przeciągu godziny 12 sz. c. mętnawego, z krwią zmieszanego moczu, zawierającego 0,3‰ białka; w osadzie dużo nabłonków płaskich; 1—2 krwinek białych w polu widzenia, twory wałeczkowate śluzowe. Laseczników Kocha nie wykryłem.

Od końca marca chora przebywała w klinice prof. Janowskiego. Zmian szczególnych w jej stanie nie było: jak przedtem osłabienie i upadek sił. Badanie moczu (15 razy) w celu wykrycia laseczników gruźliczych dawało zawsze wynik ujemny. Wobec znacznego zwiększenia się we krwi ilości krwinek białych przypuszczano sprawę ropną w nerce, ale badanie moczu w celu wykrycia peptonów dało wynik ujemny. Znaczne zwiększenie ilości białka (od 0,165‰ do 1,32‰) po uciskaniu guza przemawia bez wątpienia za tem, że guz jest nerką. Co się zaś tyczy rozpoznania, to można było przypuszczać gruźlicę nerki, nowotwór złośliwy, lub kamicę nerkową.

Wzniesienie ciepłoty, objawy w szczycie prawego płuca, dane wywiadowe co do dziedziczności zwracały uwagę przedewszystkiem na możliwość gruźlicy nerki. Jednakże wynik ujemny kilkakrotnego badania w celu wykrycia laseczników przemawiał poniekąd przeciwko temu przypuszczeniu. Wyraźne charłactwo świadczyło poniekąd przeciwko kamicy, lub nowotworowi łagodnemu (polip). Wobec tych danych należało przypuszczać sprawę nowotworową złośliwą w lewej nerce.

14. II. Dokonano operacyi (dr B o n d a r e w). Z lewej strony brzucha wydobyto guz; okazał się on olbrzymią nerką, zasianą guzami nowotworowymi, które wrosły do miedniczki i żyły nerkowej (*Adenocarcinoma papilliferum*).

Co do innych składowych części osadu, to w jednym przypadku zapalenia przewlekłego nerki (L. 13 w tab. I) po uciskaniu nerki spostrzegałem znaczne zwiększenie się ilości wałeczków ziarnistych; przed uciskaniem trafiały się one rzadko, po uciskaniu zaś znajdowałem od 5—10 w polu widzenia. Niewielkie, jednakże dość wyraźne zwiększenie jednego ze składników osadu moczu po uciskaniu spostrzegałem stosunkowo dość często. Jak to już wyżej wspominałem, zmiany te spostrzegałem tylko w tych przypadkach, w których białkomocz był nie mniejszy, niż 0,033‰. Mianowicie, nieznaczne zwiększenie krwinek białych i czerwonych, w przypadku L. 2 (0,066‰ białka); białych tylko w przypadku L. 1 (białka 0,066‰), L. 5 (białka 0,066‰), L. 27 (białka 0,033‰), L. 32 (białka 0,033‰), L. 33 (białka 0,033‰) i L. 37 (białka 0,033‰). Jak należy zapatrywać się na to nieznaczne zwiększenie się ilości składników postaciowych osadu, czy należy liczyć się z niemi, jako wskaźnikami jakiejkolwiek sprawy chorobowej w nerce, czy też nie? Na podstawie danych naszych rozstrzygnąć tego pytania nie podobna. Jednakże, ponieważ zmiany tego rodzaju występowały po uciskaniu nie każdej nerki, w znacznej zaś większości przypadków (w 21 na 34) nie spostrzegano ich wcale, należy zwrócić na nie baczną uwagę. Być może, iż niektóre przynajmniej przypadki odnieść można do lekkich postaci nieżytu miedniczki nerkowej.

To samo da się powiedzieć o występowaniu p o u c i s k a n i u n e r k i: k r w i n e k c z e r w o n y c h (L. 11, 26 i 33), tworów wałeczkowatych śluzowych (L. 5 i 37), nabłonków wrzecionowatych (L. 2, 4, 11 i 37). Oprócz tego uciskanie nerki wywołało w przypadku L. 37 wystąpienie n i e z m i e n i o n y c h n a b ł o n k ó w n e r k o w y c h, w 5. i 7. śluzowych tworów wałeczkowatych, w 4. i 37. w a ł e c z k ó w s z k l i s t y c h, w 4., 5. i 28. z i a r n i s t y c h i n a b ł o n k o w y c h w a ł e c z k ó w z t ł u s z c z o w o - z w y r o d n i a ł y m i n a b ł o n k a m i n e r k o w y m i. O ile możliwem jest wystąpienie w moczu zdrowego człowieka niezmienionych nabłonków nerkowych, tworów wałeczkowatych i śluzowych, szklistych i ziarnistych wałeczków, jak tego dowiodły ba-

dania Filosofowa[6]), to jednak nie można tego zastosować do tłuszczowo-zwyrodniałych nabłonków, nigdy nie spotykanych w moczu człowieka zdrowego. We wszystkich 3 przypadkach (L. 4, 5 i 28), o ile nie brać w rachubę nieznacznych śladów białka przed uciskaniem nerki, nie było żadnej ze zwykłych oznak klinicznych zapalenia nerek; ponieważ jednak przy powtórnych badaniach osadu moczu (w przypadkach L. 4 i 5 po 3 badaniu, w 28 po 2 badaniu) po uciskaniu znajdowano zawsze wyżej wspomniane składniki, przypuszczamy, iż w przypadkach tych była skryta, lekka, może początkująca, postać przewlekłego zapalenia nerek. W 3 tych przypadkach w celu kontroli kilkakroć dokonałem badania moczu, zebranego w ciągu doby, przyczem ani razu nie znalazłem ani ziarnistych, ani też nabłonkowych wałeczków.

Główne wnioski, do których doszliśmy na podstawie rozpatrywania zbadanych przypadków, są następujące:

1) Białkomocz uciskowy jest zjawiskiem stałem, wobec czego może służyć za bardzo cenny środek pomocniczy przy rozpoznawaniu guzów jamy brzusznej.

2) Stopień białkomoczu uciskowego wskazuje na stan badanej nerki — chorobliwy lub zdrowy; uciskanie zdrowej nerki wywołuje nieznaczny białkomocz, najczęściej ślady białka (mniej niż 0,033‰). Wystąpienie białkomoczu, który wykryć się daje sposobem Brandberga, przemawia za sprawą chorobową w nerce.

3) Białkomocz uciskowy w nerce zdrowej znika zazwyczaj dość rychło (w ciągu $^1/_2$—2 godzin), przy zapaleniach zaś nerki zwiększenie ilości białka może trwać do dnia następnego.

4) Pomiędzy stopniem białkomoczu uciskowego, a zmianami w osadzie moczu spostrzegać się daje pewna równoległość. Zmiany osadu, rzadkie przy nieznacznym białkomoczu, spostrzega się tem częściej, im znaczniejszym bywa białkomocz.

5) Zmiany w osadzie po uciskaniu nerki wykrywają w niektórych przypadkach sprawy chorobowe, które nie mogą być wykryte zapomocą zwykłego badania moczu. Brak zmian w osadzie moczu po uciskaniu nerki przemawia za tem, że jest ona zdrową.

6) Wobec tego, że nerkę ruchomą spostrzega się często (u kobiet według Harc[7]): w 87%, według Fritza[7]) w 85,7%, według Hertza[7]) w 74,6%, według Ebsteina[7]) w 85,4%, u mężczyzn według Kotowszczikowa[8]) w 15%), badanie moczu po uciskaniu nerki jest jednym ze sposobów, zasługujących na uwagę przy rozpoznawaniu chorób nerkowych.

Ciekawem jest pytanie, skąd pochodzi białkomocz uciskowy.

Według zdania Mengego uciskanie wywołuje białkomocz drogą czysto mechaniczną, dzięki wyciskaniu surowicy krwi przez ściany naczyń włoskowatych. Schreiber twierdzi, iż jest to tylko jedno ze źródeł białkomoczu uciskowego; według jego zdania źródeł takich jest kilka; po za wytłaczaniem krwi przez ścianki naczyń włoskowatych uciskanie wywołuje przesiąkanie limfy z naczyń chłonnych, których tak dużo w nerce; następnie uciskanie naczyń krwionośnych, znajdujących się w miąższu nerki, może wywołać zwolnienie obiegu krwi i obniżenie ciśnienia we wnątrznerkowego, co znów może pociągnąć za sobą przesączanie się białka z kłębków nerkowych[9]).

Tłómaczenie to jednak jest naszem zdaniem zbyt jednostronne, gdyż Schreiber bierze w rachubę tylko jeden czynnik mechaniczny — ucisk, wywierany na nerkę i możliwy jego wpływ na naczynia krwionośne nerki. Według naszego zdania, sprawa ta przedstawia się w innem nieco świetle. Gdyby zdanie Mengego i Schreibera odpowiadało rzeczywistości, to stopień białkomoczu byłby zależnym od siły uciskania i od wielkości powierzchni, dostępnej dla ucisku. Jak to już powyżej przy rozpatrywaniu naszych danych widzieliśmy, stopień białkomoczu uciskowego nie zależy od pomienionych warunków. Teorya czysto mechaniczna nie tłómaczy tej różnicy w stopniu białkomoczu uciskowego, jaka zachodzi w zdrowej i chorobowo zmienionej nerce. Gdybyśmy nawet pominęli te przypadki, w których znaczny białkomocz po uciskaniu nerki może zależeć poczęści od wydzielonej z miedniczki krwi i ropy, to i wtedy nawet, jakeśmy to widzieli w poszczególnych przypadkach, różnica w stopniu białkomoczu uciskowego jest bardzo znaczna. Na podstawie naszych badań przypuszczamy, iż różnica ta zależna od stanu nabłonków nerkowych, które wyściełają nieprzerwaną warstwą kanaliki nerkowe. Prawdopodobnie komórka nerkowa przy uciskaniu, pod wpływem czy to warunków czysto mechanicznej przyrody, czy też pod wpływem zmiany krążenia wewnątrznerkowego, dostaje się w warunki gorszego odżywiania i zaczyna przepuszczać białko ze krwi. Prawidłowo i chorobowo zmieniona komórka będą oczywiście oddziaływać rozmaicie na jeden i ten sam czynnik: prawidłowa oddziaływa słabiej, dość prędko odzyskując swą czynność, wpływ zaś oddziaływania na chorobowo zmienioną komórkę jest głębszy i pozostaje na czas dłuższy, dlatego też wydzielanie się białka jest znaczniejsze i trwa dłużej. Z tego punktu widzenia zrozumiałą jest różnica stopnia białkomoczu uciskowego w poszczególnych przypadkach uciskania nerki.

Uciskanie więc nerki może w wielu przypadkach dopomagać w znacznym stopniu do ścisłego rozpoznania cierpień tego narządu. Sposób ten jednak może być zastosowany tylko do nerek, dostępnych do macania. Nader pożądane byłoby oczywiście wyzyskanie mechanicznego oddziaływania na każdą, t. j. na niedostępną dla bezpośredniego ucisku nerkę. Nad tą sprawą, zachęcony przez prof. Wagnera, pracuję obecnie w klinice.

Oceny i sprawozdania.

S. Laache: **Choroby krwi.** Wydanie II. 1905. Enke. Stuttgart.

We wstępie, który się mieści na ośmiu stronnicach, zebrał autor jak najtreściwiej metodykę badania krwi, a potem podaje tylko co najciekawsze, o poszczególnych najważniejszych rodzajach krwinek. Z powodu szczupłości miejsca zdołał autor też zestawić tylko najogólniejsze dane i wiele opuścił z tego, na co modni hematologowie nawet i wielką kładą wagę. Choroby krwi (niedokrwistości wtórne i złośliwe, blednica, białaczki prawdziwe

[6]) Russkij Wracz, 1905, str. 1565.

[7]) S. N. Delicin: »Podwiżnaja poczka«. Pet. 1902.

[8]) N. J. Kotowszczikow: »Rukowodztwo k' kliniczeskim metodam izsliedowanija«. Kazań 1904. Str. 1906.

[9]) Zeitschr. f. klin. Med. 1904. T. 55. Str. 16—17.

i rzekome, plamica, krwawiączka, gnilec, choroba Barlowa, hemoglobinemia, hemoglobinurya, hematoporfinurya, pasorzyty krwi i ropnica) zestawił autor na ledwo 87 stronach. Przez użycie drobnego druku udało się jednak autorowi podać dość duży materyał, objaśniający poszczególne postaci chorobowe. Najnowszego piśmiennictwa hematologicznego nie uwzględnił autor wcale. *E. S.*

J. Arneth: **Gruźlica płuc na podstawie klinicznych i doświadczalnych badań krwi, ze szczególnem uwzględnieniem wyników, ważnych pod względem rozpoznania, rokowania i leczenia (w szczególności co do leczenia tuberkuliną).** Lipsk 1905. J. A. Barth.

Długi tytuł dzieła dużo zapowiada, ale i treść w istocie dużo przynosi i nowych myśli i podniety do dalszej pracy. Autor badał krew u 41 suchotników w różnych okresach choroby i uwzględnia swój t. zw. »neutrofilowy obraz krwi«.

Pierwsza część monografii opisuje wyniki badań krwi u 29 suchotników. Szczególnie ciekawe są 4 gruźlice prosówkowe, w których stwierdził autor mniej lub więcej wyraźną leukopenię (anizohypocytoza Arneth). Obraz neutrofilny był zupełnie odwrócony: prawie wszystkie krwinki neutrofilne mieściły się w klasie pierwszej i drugiej, t. z. miały jedno lub dwa jądra (części jądra), a więc były to wedle A. zupełnie młode komórki, któremi rozporządza każdy ustrój w celach obrony. Zjawisko to tłómaczy A. olbrzymiem zużywaniem neutrofilów, których rozpad dostarcza ustrojowi materyałów ochronnych, potrzebnych w walce z krążącym jadem żywym i z jego wśród choroby wytwarzającymi się, a trującymi wytworami przemiany materyi. Nadto potrzebne są olbrzymie ilości leukocytów przy wytwarzaniu mnogich gruzełków i po zwyrodnieniu ich do utworzenia wokoło nich wału ochronnego. Dalej podaje A. wyniki badań u chorych na gruźlicę przewlekłą w różnych okresach, częściowo gorączkujących, a częściowo nie. U wszystkich gorączkujących były ciężkie zmiany w obrazie neutrofilnym — czego przyczynę widzi A. z jednej strony w chłonięciu wytworów przemiany materyi prątka gruźliczego i w zakażeniu mieszanem, a z drugiej strony w wielkiem zapotrzebowaniu komórek w płucu i utracie leukocytów przez plwocinę. I u niegorączkujących także spotykał A. prawie zawsze poważne zmiany w składzie krwi, a szczególnie ciekawą jest rzeczą, że i w czasie względnego wyleczenia stosunek neutrofilów jest nieprawidłowy.

Druga część monografii zajmuje się obrazem krwi wśród leczenia tuberkuliną (przypadków 12). We wszystkich przypadkach, poprawiających się pod wpływem leczenia, neutrofilny obraz krwi coraz bardziej się rozszerza: powoli coraz liczniej zjawiają się komórki 3, 4 i 5 klasy. Na podstawie doświadczenia swego twierdzi A., że dopiero wtedy można mówić o skuteczności leczenia, jeśli obraz krwi przy końcu leczenia tuberkuliną przynajmniej się nie pogorszył w porównaniu z obrazem krwi początkowym (przed leczeniem). Zdaje się istnieć związek między wejrzeniem obrazu neutrofilnego, a większą lub mniejszą wrażliwością ustroju na wstrzykiwania, gdyż przy większych zmianach krwi oddziaływali chorzy łatwiej i mocniej. Autor radzi rozszerzyć granicę wskazań do leczenia tuberkuliną i na te przypadki, przebiegające z gorączką, w których obraz neutrofilny krwi stosunkowo mało jest zmieniony.

Trzecia część pracy, obejmująca doświadczenia, czynione na królikach z tuberkuliną Kocha i z żywymi prątkami gruźliczymi, stanowi uzupełnienie i potwierdzenie części drugiej. Ze względu na to, że zwierzęta miały się dobrze, były zdrowe i nie gorączkowały przed doświadczeniem, ulegał obraz krwi małym tylko zboczeniom. W końcu roztrząsa A. niektóre zagadnienia, będące w związku z gruźlicą, a przedewszystkiem znaczenie rozpoznawcze i lecznicze tuberkuliny i innych metod leczenia w świetle własnych hematologicznych badań. W roztrząsaniach tych dochodzi A. do nietylko hematologicznie, ale i klinicznie i ogólnie biologicznie ciekawych wyników. I tak przyczynowym związkiem, zachodzącym między wejrzeniem obrazu neutrofilnego krwi, a zdolnością oddziaływania na tuberkulinę, tłómaczy A. różnorodność oddziaływania wobec tuberkuliny: brak przy zupełnie prawidłowym obrazie, — tem mocniejszy odczyn, im bardziej zmieniony (na lewo przesunięty) obraz krwi i wynik dodatni u chorych i na inne cierpienia, u ozdrowieńców i u szczególnie wysokiego odsetka suchotników. Wstrzykiwania tuberkuliny działają leczniczo wedle A. w ten sposób, że wstrzykiwany jad zużywa większą lub mniejszą ilość komórek dla tworzenia niweczników, co wywołuje znowu większe lub mniejsze zastępcze wytwarzanie krwinek (leukocytoza). Wytwarzające się zaś na nowo krwinki ciągle drażnią ponawiane wstrzykiwania tuberkuliny, szczególnie w jednym kierunku wzbudzają ich czynność i zwolna, a stopniowo podnoszą ich zdolność walki z jadem. A ta z ćwiczeniem rosnąca zdolność ochronna przejawia się w coraz większej produkcyi niweczników, która wreszcie czyni ustrój zdolnym do zwalczania coraz większych dawek jadu, czyli czyni go odpornym. Podobnie jak tuberkulina działają i różne leki, jako też i zabiegi higieniczno-dyetetyczno-klimatyczne, boć wszystkie te czynniki pobudzają do czynności krwinki białe.

Praca ta, jakkolwiek bardzo ciekawa, jednakże grzeszy niewątpliwie jednostronnością, bo wprawdzie nie można zaprzeczyć, że zachowanie się neutrofilów ma bardzo wielkie znaczenie dla rokowania i leczenia w gruźlicy, nie wolno jednak dlatego, że te komórki stanowią w krwi prawidłowej najliczniejszą gromadę, zapominać o innych krwinkach białych i z niemi się zupełnie nie liczyć. *Stahr.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Ebstein. **O naturze i leczeniu usposobienia dnawego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 16, 1907). Autor zalicza otyłość, dnę i cukrzycę do grupy dziedziczących się chorób przemiany materyi komórkowej, a za przyczynę pierwszej uważa zaburzenia w przemianie drobiny żywego białka, drugiej — istot nukleinowych, trzeciej zaś — węglowodanów. Do rozwoju jednak tych chorób konieczną jest pewna skłonność, pewne usposobienie dziedziczne, które jużto w dzieciństwie, już też w późniejszym wieku się uwydatnia. Na poparcie tego przytacza E. statystykę, obejmującą 194 chorych dnawych, wśród których jest znaczny odsetek dziedzicznie obciążonych. Wśród wczesnych objawów, którymi cechuje się usposobienie dnawe, zwraca E. uwagę na wielką wrażliwość skóry i skłonność jej do bardzo swędzących, upartych wyprysków, nieraz trudno dających się odróżnić od zołzowych, dalej na krwawienia z nosa, bole stawowe, plamicę, bole głowy, nieżyty gardła, objawy, podobne do objawów Menièrea, wreszcie na objawy neurasteniczne. Właściwą dnę stawów dzieli E. na trzy okresy: jeden początkowy, kończący się pierwszym napadem dny, drugi okres typowych napadów, trzeci, w którym między poszczególnymi napadami występują najrozmaitsze objawy ze strony różnych narządów. Leczenie od czasów starożytnych niewiele się zmieniło. Wiadomo powszechnie, jak ważną rolę ogrywa tu sposób życia, jakość pożywienia i wyskok. E. leczy dnę tak samo, jak i otyłość, z pokarmów zabrania tylko potraw mącznych i dba o prawidłową czynność jelit. Że wyłącznie roślinne pożywienie dny nie leczy, to E. już dawniej udowodnił. *Nowaczyński.*

Seiler. **Istota moczówki prostej.** (*Zeitschrift f. klin.* Z. 1—2, 1907). S. wykonał doświadczenia kliniczne na 2 chorych na moczówkę prostą w celu stwierdzenia zapatrywania, że istota choroby polega na zaburzeniu w czynności samych nerek, wyjaśnienia rodzaju tego zaburzenia i stwierdzenia wartości środków moczopędnych w moczówce. W jednym przypadku moczówka powstała po złamaniu czaszki, w drugim bez znanej przyczyny. Mierząc dokładnie ilość moczu, przekonał się S., że w nocy wydalanie moczu było obfitsze od wydalania w dzień, co przemawia za zaburzeniem czynności nerek, a przeciw zaburzeniu wchłaniania w jelitach. Po podaniu większej ilości wody stwierdzał S. u swych chorych dłuższe i wolniejsze wydalanie wody, niż bywa u zdrowych. Aby przekonać się o braku zaburzeń wchłaniania podawanej wody, oznaczał S. hemometrem Fleischla-Mieschera rozcieńczenie krwi po wypiciu większej ilości wody i stwierdzał tak u swego chorego, jak i u osób zdrowych rozcieńczenie krwi już po 20 minutach. Ilości dobowe mocznika i chlorków były mniejwięcej prawidłowe; natomiast zauważył S. znaczne zmniejszenie ilości dobowej kwasu moczowego (z 0,35 gr. na 0,14—0,28). Przy podawaniu większej ilości białka (5 jaj) zauważał S. w porównaniu do doświadczenia kontrolnego znacznie wolniejsze wydalanie mocznika bez większego wysycenia moczu (do 1·008). Ilość mocznika w obu przypadkach była większa. Po większych ilościach cukru cukromoczu nie było. Wydalanie soli było u chorych równie szybkie, jak u osób zdrowych. — Stwierdziwszy, że przy obfitem podawaniu wody prócz znacznego zmniejszenia ilości kwasu moczowego niema wybitnego zmniejszenia wydalania składników stałych, zmniejszał S. dowóz wody do 2 i $3^1/_2$ litra na dobę i przekonał się, że w tych warunkach wydalanie tak mocznika, jak chlorków

i fosforanów znacznie się obniżyło; natomiast ilość kwasu moczowego, — jak zawsze przy moczówce, nizka, — nie obniżała się więcej. W doświadczeniu Heftera z jodkiem potasu stwierdzał następnie S., że wydalanie trwa znacznie dłużej i jest znacznie mniej zupełne (28 prc. zamiast 65 prc. podanego JK). Klinicznie przy zmniejszeniu dowozu wody stwierdzał S. bole głowy, uczucie znużenia, brak łaknienia, skłonność do wymiotów, jako objawy poczynającej się mocznicy. Punkt marznięcia krwi spadał z — 0·56° C. przy zmniejszeniu dowozu wody na —0·58—0·60° C.

Na podstawie swych badań dochodzi S. do przekonania, że w moczówce istnieje zaburzenie czynności nerek, polegające na tem, że nerki mogą wydalać mocz jedynie o bardzo nizkim ciężarze gatunkowym. Pragnienie i zwiększona ilość moczu są samoobroną ustroju przed zatruciem, występującem wskutek zatrzymania składników stałych, nie mogących być wydalonymi przy skąpym dowozie wody. Pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, jaki związek istnieje między urazami mózgu, a zaburzeniem czynności nerek. — Przy obfitszym dowozie wody podawanie leków moczopędnych, kofeiny, aguryny i teocyny: nie ułatwiało wydalania składników stałych. Należałoby zbadać jeszcze działanie tych środków przy zmniejszonym dowozie płynów.

Dr Witold Skórczewski.

Kühn. **O odczynie formalinowym przy cukrzycy.** (*Pos. Reńsko-Westfalskiego Tow. med. wewnętrz.* 3. III. 1907). Przed kilku laty stwierdził Strzyżowski, że w pewnych przypadkach cukrzycy po dodaniu do moczu 5 prc. formaliny (40-prc.) zjawia się po 24—48 godzinach fluoryzująco-zielone zabarwienie moczu. Odczyn ten wydarza się w ciężkich przypadkach cukrzycy i każe bardzo źle rokować. K. wypróbował ten odczyn w ostatnich czasach na setkach przypadków i potwierdza zdanie Strzyżowskiego. Czasem przy poprawie stanu ogólnego odczyn ten znika. Natężenie jego idzie w parze z odczynem Gerhardta (z chlorkiem żelaza), odczyn nie pochodzi jednak od acetonu, kwasu oksymasłowego lub aceto-octowego, bo same te substancye nie dają odczynu. Po przekropleniu moczu próbę daje pozostałość, a nie destylat. Zdaje się, że odczyn ten daje chyba jakieś odrębne ciało, tworzące się w ustroju przy cukrzycy.

Klęsk.

Grube. **Badanie moczu w praktyce lekarskiej, oraz nadający się w praktyce sposób ilościowego oznaczenia cukru.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Autor kładzie wielką wagę na to, aby każdy lekarz sam mocz badał, odsyłanie bowiem chorego do chemika lub aptekarza i, co za tem idzie, dawanie choremu do rąk wyniku badania moczu może nieraz być powodem szkodliwych dla zdrowia wrażeń. Sposób Wolffa ilościowego oznaczenia cukru nadaje się według G. szczególnie do praktyki, da się bowiem wykonać szybko, a jest dostatecznie dokładny. Ilościowe oznaczanie białka uważa G. za rzecz, nie mającą praktycznego znaczenia i radzi ograniczyć się do pojęć: ślad, ślad wyraźny i duża ilość (!?). Obawa acetonu w moczu, pomiędzy publicznością zdaniem G. rozpowszechniona, nie jest uzasadniona. Nowsze bowiem zdobycze nauki, tworząc pojęcie t. zw. acetonuryi pokarmowej, dowiodły tem samem, że objaw ten pojawiać się może przejściowo nawet w lekkich postaciach cukrzycy, zwłaszcza przy szybkiem przejściu do dyety tłuszczowo-białkowej. Objaw ten nie jest zatem, jak dawniej sądzono, bezwzględnie niepomyślny. *Dr M. Godlewski.*

Waelsch. **Przypadek zatrucia atoksylem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19). Stosownie do chemicznego składu atoksylu (anilidan kwasu metaarsenowego) złożyły się na obraz zatrucia objawy zatrucia arszenikiem (podniesienie ciepłoty, ból głowy i członków, drapanie w gardle, pieczenie spojówek, kaszel suchy), oraz objawy zatrucia aniliną (bolesne parcie na mocz). Najwyższa dawka wynosiła w tym przypadku 0,18 atoksylu, ogólna ilość wstrzykiwań 24. Ostateczne zejście było pomyślne.

Dr Maryan Godlewski.

Braatz. **Zatrucie ołowiem przez pocisk.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Ciekawy przypadek zatrucia ołowiem przez pocisk, który bezkarnie tkwił w ciele przez lat 18. *Dr M. G.*

Gelfond. **Przypadek porażenia lewego nerwu krtaniowego dolnego na tle zatrucia ołowiem.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 15). Chora 29-letnia zgłosiła się do autora z powodu chrypki, trwającej już cały miesiąc. Oprócz tego skarżyła się chora na bole w okolicy żołądka, zaparcie stolca, bole w kończynach dolnych, ogólne osłabienie. Przy badaniu stwierdził autor porażenie lewego n. krtaniowego dolnego (*n. recurrens*); zwróciło uwagę autora to, że wbrew zwykłemu obrazowi porażenie zwężaczy krtani było większe, niż rozszerzaczy. To skierowało myśl autora ku ołowicy. Po długich poszukiwaniach okazało się, że choroba datuje się odtąd, odkąd chora zaczęła spożywać 2 razy dziennie kwaśne mleko Miecznikowa z glinianych garnuszków z napisem »Le Ferment, Paris, 77 Rue Denfert-Rochereau«. Przy badaniu znaleziono w 330 grm. tego kwaśnego mleka (1 porcya) 0,7934 grm. ołowiu. Wtenczas autor polecił wykonać takie doświadczenie: do używanego, lecz zupełnie czystego garnuszka z wyż przytoczonym napisem nalano 330 grm. wody i dodano 5 grm. kwasu mlecznego; garnuszek wstawiono do cieplarki przy 37° C. na 7 godzin; po upływie tego czasu znaleziono w wodzie ołowiu 0,04 prc.; następnie garnuszek wymyto, doświadczenie znowu powtórzono, lecz już nie przez 7, ale przez 13 godzin, i znaleziono ołowiu 0,12 prc. Oczywiście w garnuszku było stałe źródło ołowiu; rzeczywiście znaleziono przy badaniu samegoż garnuszka 12,293 grm. ołowiu, co przy wadze garnuszka 190,0 grm. stanowi 6,46 prc. W samym zaczynie laktobacilinowym ołowiu nie wykryto. Także w moczu chorej prof. Chłopin stwierdził obecność ołowiu. *Z. Orłowski.*

Triboulet. **W sprawie rozpoznawania ostrej gruźlicy.** (*La Clinique* Nr 21, 1907). Autor dorzuca do artykułu Jousseta w tej sprawie (por. spraw. w Nrze 20. »Przeglądu« z r. b.) kilka uwag od siebie. Jousset radzi nakłuwać opłucnę po obu stronach, a jeśli są choćby najsłabsze objawy mózgowe, to i kanał mózgowo-rdzeniowy. Otóż T. wątpi, czy to w praktyce poza szpitalem da się kiedy dokonać, szczególnie, że rokowanie jest prawie zawsze w tej chorobie złe, a publiczność zawsze przypisze niepomyślne zejście podjętym zabiegom. — Autor zwraca uwagę, że często zjawia się w tej chorobie tarcie opłucne i to obustronne, silniejsze jednak zwykle po stronie prawej. To tarcie opłucne obustronne ma to samo znaczenie, co i dobycie płynu z obu jam opłucnych. W toku ostrej gruźlicy często powiększa się wątroba i śledziona i występują często zaburzenia jelitowe. Można wtedy myśleć i o durze, jednak obustronne tarcie opłucne, brak odczynu surowiczego durowego i nietypowa gorączka powinny skierować myśl ku gruźlicy ostrej. W końcu wypowiada T. przekonanie, że bakteryemia gruźlicza może uledz wyleczeniu; wielkie w tym względzie znaczenie przypisuje autor wątrobie. *Stahr.*

Doc. Rubinsztein. **Spostrzeżenia co do działania przeciwgruźliczej surowicy Marmorka.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 15). Autor (w szpitalu żydowskim w Kijowie) leczył surowicą, uzyskaną od samego Marmorka, 14 chorych na gruźlicę płuc i 1 chorego na gruźlicę gruczołów. Surowicę wstrzykiwał autor w powłoki brzuszne po 5 sz. ctm. co drugi dzień w ciągu 3 tygodni i po 3—4 tygodniowej przerwie znowu wstrzykiwał w ciągu 3 tygodni. Wstrzykiwania codzienne znosili chorzy bardzo źle. Niektórym chorym wprowadzano przez odbytnicę po 10 sz. ctm. surowicy. Żadnych innych lekarstw chorym nie podawano. Wstrzykiwania prawie zawsze były bolesne; w większości przypadków naokoło miejsca wstrzyknięcia zjawiały się obrzęk i zaczerwienienie; po 2—4 dniach wszystkie te zjawiska przechodziły bez śladu, bez ropienia i bez podniesienia się ciepłoty. Niekiedy zjawiała się wysypka o cechach pokrzywki, silnie swędząca, która znikała po upływie 1—2 dni. Gruczoły chłonne bez wyjątku już po pierwszem wstrzyknięciu obrzmiewają; obrzmienie trwa przez cały czas leczenia i ginie po zaniechaniu wstrzykiwań po upływie 5—6 dni. Bardzo nieprzyjemnem powikłaniem jest dosyć rzadko zresztą zdarzający się ostry wstrząs, następujący zaraz po wstrzykiwaniu, przyczem chorzy odczuwają ogromny strach śmierci; po upływie 1—2 minut wszystko mija bez żadnych złych skutków. Co się tyczy wyników leczenia, to po upływie 2 okresów wstrzykiwań u 5 chorych nastąpiło polepszenie stanu płuc, u 3 — pogorszenie, u reszty 7 żadnych zmian nie było. Co do ogólnego stanu: u 8 — polepszenie, u 4 — pogorszenie, u 3 — bez zmian. Po upływie roku — 3 chorych zmarło, u 3 nastąpiło pogorszenie, a u 8 — w płucach stan bez zmiany. Ogólny stan u 9 — bez zmian, u 1 — polepszył się, u 1 — pogorszył się. Ostateczny wniosek autora opiewa, że surowica Marmorka nie stanowi postępu w leczeniu gruźlicy płuc. Za to przy t. zw. chirurgicznej gruźlicy daje ona dobre wyniki. Jedyny chory autora z gruźlicą gruczołów, gorączkujący prawie bez przerwy w ciągu 2 lat i strasznie wyniszczony, pod wpływem już pierwszych 10 wstrzykiwań odzyskał ciepłotę prawidłową; apetyt znacznie się zwiększył, gruczoły zmniejszyły się i chory w ciągu 6 tygodni przybrał o 19 funtów (7,6 kilogr.). *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Doc. Sorgo. **O zakażeniu mieszanem w gruźlicy płuc i znaczeniu etyologicznem tego zakażenia, jakoteż i gruźlicy jelit dla zwyrodnienia skrobiowatego.** (*Zeitschr. für*

klin. Med. T. 61, Zesz. 3 i 4, 1907). S. podaje wyniki badań 49 chorych na gruźlicę, przeważnie ze zmianami już daleko posuniętemi. Badał on za życia chorych bakteryologicznie bardzo dokładnie plwociny i wysięki opłucne, a przy sekcyach treść dróg oddechowych i jam gruźliczych w kilkunastu przypadkach; przytacza też wyniki sekcyjne. Okazuje się z tych badań, iż nawet w bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy odsetek zakażeń mieszanych jest znacznie mniejszy, niż według badań innych autorów, wobec czego nie jest zbyt usprawiedliwione uważanie każdego zaostrzenia się choroby, wysokiej gorączki przerywanej, rozpadu lub tworzących się ognisk zapalnych wyłącznie za skutek zakażenia mieszanego. Natomiast można wykryć związek między gruźlicą płuc, powikłaną zakażeniem mieszanem, a następowem zwyrodnieniem skrobiowatem narządów miąższowych; ściślejszy jeszcze związek, jak dowodzą wyniki sekcyi, istnieje między gruźlicą jelit, a tem zwyrodnieniem. I tak w 9 przypadkach autora wykryła sekcya zawsze obok zwyrodnienia skrobiowatego narządów wewnętrznych zmiany gruźlicze jelit, co więcej, stopień zwyrodnienia szedł w parze z rozległością zmian gruźliczych tak, że duża skrobiawica odpowiadała zawsze rozległym zmianom jelit, a nieznacznym zmianom przewodu pokarmowego towarzyszyło dopiero drobnowidowo dające się stwierdzić zwyrodnienie. Potwierdzają to też badania innych autorów. Na podstawie tych badań dochodzi S. do wniosku, iż podstawę zwyrodnienia skrobiowatego u chorych na gruźlicę stanowi albo zakażenie mieszane ze strony płuc lub gruźlica jelit. Jeżeli w plwocinie niema obcych mikrobów, wikłających gruźlicę, a klinicznie można stwierdzić zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych, to usprawiedliwione jest przypuszczenie gruźliczego zajęcia jelit. *Nowaczyński.*

Bachmann. **Opukiwanie przy wysiękowem zapaleniu opłucnej, stwierdzone objawy i ich tłomaczenie.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). B. przedstawia dane, uzyskiwane przez opukiwanie, oraz podaje teoretyczne uzasadnienie napotykanych przy opukiwaniu objawów. Z objawów mniej stosunkowo znanych zwraca B. uwagę na występowanie t. zw. trójkąta Garlanda (jawny odgłos przy kręgosłupie po stronie chorej), oraz trójkątnego stłumienia w temże miejscu po stronie zdrowej, i stara się objawy te wytłómaczyć. *Dr M. Godlewski.*

Pedyatrya.

Bloch. **Wrodzone zwężenie odźwiernika i jego leczenie.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, III i IV). Cierpienie to, opisane przez Hirschsprunga w roku 1887, cechuje się pojawieniem się w kilka dni lub parę tygodni po urodzeniu — wymiotów, które występują po każdem karmieniu bez względu na jego obfitość i jakość i wiodą szybko do znacznego wyniszczenia i często do śmierci. Zaparcie stolca, obniżenie znaczne ilości moczu, zapadnięcie się brzucha, ruchy robaczkowate w okolicy żołądka (tylko w późniejszym okresie, gdy wymioty nie pojawiają się po każdem karmieniu, a w żołądku zalega treść), wreszcie możność wymacania odźwiernika w postaci małego, twardego guzka, są dalszymi objawami. Anatomicznie znajdowano w przypadkach, które zakończyły się niekorzystnie, odźwiernik skurczony, tworzący przewód na 2 cm. długi, przepuszczający tylko cienkie zgłębniki; błona śluzowa ułożona była w kilka fałdów podłużnych. Odźwiernik wygląda taksamo także stale u płodów (Müller, Retzius) i u noworodków (Pfaundler, autor), w cierpieniu omawianem nie chodzi jednak jedynie tylko o przedłużenie się tego stanu płodowego, lecz o przerost mięśni odźwiernika, głównie mięśni okrężnych, grubość bowiem błony mięsnej jest około dwa razy większa, niż w odźwierniku prawidłowym (4—6 mm. zamiast 2—3). Wobec tego, że wiele przypadków kończyło się śmiercią, niektóre jednak samorodnem wyleczeniem, przypuszczali niektórzy autorowie, że w przypadkach pomyślnych chodziło tylko o czynnościowy skurcz. Przeciwko temu przemawia jednak to, że obraz kliniczny w przypadkach pomyślnych niczem nie różni się od obrazu w przypadkach śmiertelnych. Wyniszczenie dochodzi do znacznego stopnia, po pewnym czasie jednak wymioty stają się rzadsze i chorzy zaczynają przybierać na wadze. Przedewszystkiem wszakże zbija powyższe zapatrywanie to, że w trzech przypadkach na razie pomyślnych (Batten, Ibrahim i autor), w których wymioty ustąpiły, nie było zalegania treści, a powracały jeszcze tylko od czasu do czasu ruchy robaczkowe żołądka, [a które to przypadki skończyły się potem śmiercią z powodu innych chorób], można było anatomicznie stwierdzić także opisany powyżej stan odźwiernika i przerost jego mięśni okrężnych. Leczenie operacyjne, polecane pierwotnie na tej zasadzie, że chodzi o zwężenie stałe i niezmienne, daje wyniki bardzo niekorzystne (śmiertelność około 50%). Nieodpowiednie jest także dążenie do usunięcia wymiotów przez dyetę wodną lub podawanie skąpych i wodnistych rozczynów mleka. Celu się nie osiąga, gdyż wymioty nie ustępują, stan zaś dziecka, potrzebującego ponad 100 kaloryi na kilogram wagi, a otrzymującego znacznie mniej (30—70), musi bezwarunkowo podupadać. Należy zatem za przykładem Heubnera, który wszystkich swoich 20 chorych zdołał wyleczyć, podawać pożywienie, odpowiadające ilością i jakością rozwojowi dziecka. Wprawdzie przeważna część pokarmu zostaje zwymiotowana, jednak pewna ilość przechodzi przez odźwiernik, a zależy na tem, żeby to, co przechodzi, było pokarmem, nie wodą. W późniejszym okresie żołądek staje się mniej wrażliwy, wymioty nie występują po każdem leczeniu, natomiast treść zalega długo w żołądku. Chodzi o to, żeby ta zalegająca treść niełatwo ulegała rozkładowi. Najlepiej osiąga się to przez karmienie piersią, gdyż wtedy wolny kwas solny pojawia się bardzo szybko. Tak postępował Heubner. Autor podawał maślankę, która także szybko nasyca się kwasem solnym i niełatwo fermentuje. Wszystkie sześć przypadków autora zakończyły się wyleczeniem. Oprócz tego należy stosować, jeżeli ustrój utracił dużo wody, wstrzykiwania podskórne rozczynu soli (2×50 cm.³), lewatywy, a w danym razie za przykładem Heubnera kataplazmy na okolicę żołądka, wewnętrznie zaś makowiec (autor nie stosował). Ważne jest leczenie nieżytu żołądka, jeżeli istnieje; przez krótki czas kleik jęczmienny, lub dyeta wodna, potem pierś lub maślanka. *Lewkowicz.*

Fabre i Thévenot. **Przekrwienie gruczołu tarczowego u noworodka.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, V.). Powiększenie gruczołu cechuje się w tych przypadkach (w przeciwieństwie do wola) szybkim rozwojem i zupełnem ustąpieniem w przeciągu paru tygodni. Do powstania cierpienia przyczynia się prawdopodobnie ucisk podczas porodu. Anatomicznie stwierdza się rozszerzenie naczyń wewnątrz gruczołu i w jego torebce. Zmian w pierwocinach gruczołowych niema. Klinicznie objawy ucisku tchawicy stopniują się od prostego utrudnienia oddechu, aż do śmierci z uduszenia. Leczenie polega na stosowaniu w lżejszych przypadkach okładów zimnych na szyję i jodku potasu wewnętrznie. W przypadkach cięższych wskazane jest odsłonięcie gruczołu i umocowanie zapomocą nitki w ranie tak, żeby nie mógł opadać poza mostek (*exothyreopexia*). *Lewkowicz.*

Decherf. **Wgłobienie jelit u dziecka siedmiomiesięcznego. Wyleczenie w chwili, gdy przystępowano do operacyi.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, I.). Leczenie polegało na wlewaniach do kiszki po 1 litrze wody ciepłej przegotowanej co godzinę pod ciśnieniem $1^1/_4$ metra. *L.*

Weill i Lessieur. **Białaczka wrzekoma gruczołowa (adenia) gruźlicza u dziecka.** (*Arch. de méd. des enf.* 1907, III.). Guzy gruczołowe. Sprawa rozpoczęła się od gruczołów szyjnych. Badanie bezpośrednie gruczołu wyciętego stwierdza zserowacenie i prątki gruźlicze. Szczepienie świnek morskich wywołuje zmiany prawie wyłącznie w gruczołach chłonnych, nie wiodące do rozmiękania. Trzeba przyjąć małą jadowitość prątków i wybiórcze ich powinowactwo do tkanki limfoidalnej (gruczoły, śledziona). *L.*

Bingel. **O marskości wątroby w wieku dziecięcym po płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV.). B. podaje jeden własny przypadek z dokładnym opisem zmian histologicznych. Badania histologiczne wątrób ośmiu dzieci, zmarłych w rozmaitych okresach płonicy, stwierdziły wielką częstość ognisk martwiczych w miąższu, a nacieków drobnokomórkowych i bujania tkanki łącznej w tkance okołozrazikowej. Zmiany te mogą oczywiście skończyć się wyleczeniem, ale niekiedy wiodą do marskości narządu. *Lewkowicz.*

Philipps. **O duszności u osesków.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV.). Oddychanie przy duszności miewa dwa typy: oddychanie płaskie, częste, bez przerw oddechowych i oddychanie pogłębione ze stromym wdechem i wydechem i przerwami oddechowemi. Oba typy spotyka się zarówno przy chorobach narządu oddechowego (zapalenia płuc), jak i przy zaburzeniach w krążeniu (ostre zatrucia pokarmowe), zależnie od przeważających w danej chwili objawów. T. zw. wielkie oddychanie przy ostrych zatruciach pokarmowych należy odnieść do zaburzeń w krążeniu w stanie niewyrównania. *Lewkowicz.*

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał Dr E. Stahr.

(Dokończenie, por. Nr 24.)

Przewlekłe zatrucie manganezem.

v. Jaksch (Praga). Zatrucie robotników, zajętych przy manganezie, jest mało zbadane. Przed r. 1901 opisano 2 przypadki w latach 1828 i 1837. W r. 1901 mowca spostrzegał 3 robotników zatrutych manganezem i podał znamiona tego zatrucia. W tym samym roku Embden opisał 4 nowe przypadki i potwierdził spostrzeżenia Jakscha. Wszyscy ci chorzy kurczowo się śmiali lub płakali i poniewolnie biegli wstecz. Ich stan psychiczny okazywał wyraźne zaburzenia. Po roku u wszystkich chorych nie było już tamtych zaburzeń nerwowych, ale był chód szczególny, raczej bezładny, niż skurczowy. Stopę stawiali na ziemi tak, że zaczynali się opierać stawem śródstopnopalcowym. Nie było przytem ani śladu porażenia. W r. 1906 miał mowca sposobność widzieć jednego z owych 3 chorych: chód był jeszcze taki sam. W r. 1902 widział mowca znowu jednego chorego zatrutego manganezem. Ten się ani kurczowo nie śmiał, ani nie płakał, ale miał twarz bez wyrazu, jakby maskę. Zaburzenia psychiczne były u niego małe. Stan się o tyle potem poprawił, że chory mógł odbyć służbę wojskową, ale w ostatnich 2 latach pojawił się ten sam chód szczególny, co u dawniejszych chorych. Mowca nie może określić przyrody tego schorzenia, nie miał sposobności badać takiego przypadku anatomicznie. Trucizną właściwą jest wdychany tlenek manganezu. Odkąd fabryki zapobiegły możności wdychania tego trującego gazu, nie pojawiły się już dalsze przypadki zatrucia. Zdarzyło się mowcy raz spotkać chorego, który na pierwszy rzut oka sprawiał wrażenie takiego zatrucia, ale był to przypadek histeryi z »manganofobią«. Zatrucie to jest przewlekłe, bo robotnicy dopiero po 4-letniej pracy w fabryce zapadali na zdrowiu. Doświadczenia na zwierzętach nie dały dotąd żadnych wyników dodatnich.

Uodpornianie przeciw zakażeniu durem.

F. Meyer (Berlin) wraz z Bergellem badali na zwierzętach wpływ toksyny durowej. Toksyny durowe istnieją dwie: jedna zawarta we wnętrzu ciała prątkowego i ta wydostaje się na zewnątrz tylko z rozpadem ciała (endotoksyna Besredki, przyp. spraw.); druga jest produktem czynności życiowych prątka. Przy pomocy tej drugiej toksyny mają M. i B. nadzieję uzyskać surowicę przeciwdurową. Surowica taka, wyrabiana na próbę, okazała się ochronną i leczniczą u zwierząt; u 2 ludzi, chorych na dur, sprawiła tylko wyraźną ulgę. Dziś mogą M. i B. tylko powiedzieć, że ich surowica jest nieszkodliwa. Endotoksyna wywoływała u zwierząt zmiany, podobne do durowych u ludzi i obrzęk kęp Payera; zabija ona wszystkie zwierzęta w dniach 2 lub 3, ale szybko traci swą siłę i może wtedy służyć do uodporniania. U zwierząt uodpornionych prątki durowe ulegały fagocytozie.

Rak u szczura.

Karol Lewin (Berlin). U starej samiczki szczurzej znalazł mowca na sutku guz, przypominający utkaniem raka gruczołowego u człowieka. Rak ten tworzył przerzuty, szczególnie w płucu. Przeszczepiał go mowca ze skutkiem na 5 pokoleniach szczurów. Guzy przeszczepiane rosną pewien czas, a potem zaczynają zwolna znikać. Ani płeć, ani wiek, ani rasa szczura nie ma wpływu na wynik szczepienia. Zwierzęta raz zaszczepione nie mogą być później powtórnie zakażone (odporność). Nowotwór ten różni się więc od nowotworu, zwanego rakiem mysim.

Myasthenia pseudo-paralytica i hyperleukocytoza.

Pel (Amsterdam) widział u chorej, dotkniętej taką myastenią pod wpływem nędzy i wyczerpania, szczególną leukocytozę: kiedy stan chorej się pogarszał, hyperleukocytoza dosięgała 16.000 c. białych, natomiast kiedy chora miała się lepiej, liczba krwinek białych dosięgała ledwo 7.000.

Nerwica urazowa po wojnie.

Honigman (Wiesbaden) miał sposobność leczenia ciężkich nerwic urazowych u oficerów rosyjskich, przysłanych po wojnie rosyjsko-japońskiej do Wiesbadenu, jako ozdrowieńców. Po odliczeniu 23 przypadków neurastenii, pozostaje 20 ciężkich przypadków tych nerwic urazowych. Nie różniły się te nerwice zasadniczo od codziennie spotykanych nerwic urazowych. Mowca podnosi tylko, że nie ma nigdzie wzmianki w piśmiennictwie, żeby podobne przypadki chorobowe były leczone po wojnach z r. 1866 i 1870.

Obrażenia pęczków Hisa u chorych na cierpienie Stokes-Adamsa.

Fahr (Hamburg) przedstawił odpowiednie preparaty.

Wpływ produktów, pochodzących ze strawionych bakteryi na ustrój zdrowy i chory.

Gottstein i Matthes (Kolonia) działali pepsyną na prątki durowe i otrzymali substancye, trujące dla zdrowych zwierząt, oraz wywołujące silną leukopenię. Można jednak uodpornić zwierzęta na działanie tych ciał. U zwierząt zakażonych ciała te ułatwiają działanie zakażenia na podobieństwo agressyn Baila. Nadto wywołują one swoistą oporność (nie bakteryolityczną) przeciw wielkim dawkom hodowli durowych.

Hemoglobinurya z hyperglobulią.

Pel opisuje taki przypadek, dotyczący oficera 36-letniego. Hemoglobina = 140%. Autor przypuszcza przyczynę toksyczną tej choroby, ale rozbiory krwi nic pewnego nie dostarczyły. W tym przypadku śledziona była nieco powiększona.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 5. czerwca 1907.

Przewodniczy prezes kol. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokoły z posiedzeń 15. i 29. V. przyjęto.

2) Sekretarz odczytuje pismo p. H. Jordanowej, w którem dziękuje Towarzystwu za okazane współczucie, oraz kondolencyjne telegramy i listy od Towarzystw lekarskich, Redakcyi pism lekarskich i t. p. z powodu śmierci ś. p. prof. Jordana.

3) Prezes zawiadamia obecnych o nowej stracie, jaką Towarzystwo poniosło przez śmierć ś. p. dra Słapy; przemówienia tego wysłuchano stojąco.

4) Doc. Nowotny wyłożył rzecz **o dychawicy oskrzelowej.** Przypadki, badane przez prelegenta oraz prof. Pieniążka zapomocą tracheoskopii przemawiają za tem, iż choroba ta polega na obrzmieniu błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Przy tracheo- i bronchoskopii górnej widać było wyraźnie zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, klina podziałowego tchawicy, oskrzeli głównych i drugorzędnych i ich grzebieni. Już po jednorazowem zastosowaniu adrenaliny i kokainy przez tracheoskop na zaczerwienioną błonę śluzową chorzy uczuwają znaczną ulgę, a dłuższe leczenie usuwa chorobę.

5) Dr Eisenberg przedstawił *a)* nowy **sposób wczesnego rozpoznawania duru brzusznego** zapomocą próby Kaisera (użycia żółci do hodowli); próba ta dała prelegentowi pewne wyniki w przypadku, w którym zawiodła próba Widala; *b)* preparaty drobnowidowe różnych **krętków i świdrowców.**

6) Dr Ehrenpreis miał wykład p. t. **O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie.**

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie w d. 13. czerwca 1907.

Obecni: prezes kol. Merunowicz, koledzy Kowalski, Bylicki, Stachiewicz, Zgórski, Świątkowski Stefan. Usprawiedliwili swą nieobecność koledzy: Opolski i Łuszczkiewicz.

Prezes zagaja posiedzenie, poświęcając gorące wspomnienie pamięci profesora Jordana, w którego pogrzebie brał udział jako delegat Tow. lek. gal., i wnosi, aby w celu uczczenia Jego pamięci przeznaczyć z funduszów Towarzystwa pewną kwotę na jeden z takich celów, które były blizkie Jego sercu, n. p. na park lub warsztaty dla młodzieży szkolnej. Uchwalono jednomyślnie 100 K. — Następnie wnosi prezes, aby na pomnik Marcelego Nenckiego uchwalić 100 K, co jednomyślnie przyjęto. — W dalszym ciągu zawiadamia prezes, że śp. dr Berger-Roicki zapisał Towarzystwu 600 K do rozdziału między sieroty i wdowy po lekarzach i że kol. dr Józef Barzycki utworzył z okazyi przejścia w stan spoczynku fundacyę swego imienia w kwocie 1000 K.

Przyjęto do wiadomości wynik rozdziału zapomóg z funduszów, nadesłanych przez Związek Towarzystw lekarskich, zmianę buchaltera i nową taryfę lekarską sekcyi jarosławskiej.

Powzięto zasadniczą uchwałę, że udzielanie pewnych ulg i zniżeń na kąpiele w Morszynie pozostawia się uznaniu kierownika zakładu, aż do odwołania. Uchwalono przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu wniosek o podwyższenie pożyczki hipotecznej na dobrach morszyńskich. Następnie dyskutowano nad wnioskiem Sekcyi wadowickiej w sprawie szczepienia i lekarzy okręgowych. Powzięto decyzyę co do odpisania zaległości niektórych członków. Wdowom i sierotom po lekarzach rozdano zapomogi w łącznej kwocie 1130 K. Na pismo Wydziału Samopomocy lekarzy, aby Towarzystwo lek. gal. zobowiązało się przechować i administrować funduszami powstać mającego Związku kraj. lekarzy w razie jego rozwiązania, z tem, że fundusze te, gdyby powstało z czasem nowe Towarzystwo o tych samych celach, mają mu być oddane, uchwalono odpowiedzieć, że Towarzystwo lekarzy gal. chętnie się tego podejmie, pod warunkiem jednak, że statut Związku ściśle określi, komu fundusze mają być oddane, w razie bowiem równoczesnego powstania 2 lub więcej Towarzystw o podobnych celach mogłoby przyjść do sporu sądowego.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie w d. 21. czerwca 1907.

Na wstępie zabrał głos prof. Bylicki, jako prezes zbliżającego się Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, a przedstawiwszy w dłuższem przemówieniu przebieg prac przygotowawczych, jakotež program Zjazdu, wyraził nadzieję, że członkowie lwowskiego Towarzystwa lekarskiego wezmą w nim udział gremialny. Myśl tę ujął następnie prof. Beck w formę wniosku, który został przyjęty bez dyskusyi, przez aklamacyę.

Zapowiedziany porządek dzienny nie został wyczerpany wskutek tego, że wiele czasu zajęły produkcye niejakiego p. Jana Berghofa, który przy pomocy swej 12-letniej córki przedstawiał własnego pomysłu t. zw. **metodę mnemotechniczną.** P. Berghof, rodem ze Lwowa, objeżdżający ze swem »cudownem« dzieckiem większe miasta europejskie, objaśnia swą metodę w sposób wcale wiarygodny, a polegający na prostem na pozór zestawianiu wyrazów w pytaniach, jakie dziewczynce zadaje, tak, że w pytaniu już ma się mieścić odpowiedź, wyrażająca wszelakiego rodzaju nazwy, imiona własne, liczby, przedmioty z podaniem ich przeznaczenia i t. d. Wielkiej wprawy w swoim rodzaju dowodzi też łatwość, z jaką dziewczynka wypisuje liczby dwu- i trzycyfrowe, prowadząc rękę tego, który je sobie dowolnie zamyślił.

Wobec spóźnionej pory przedstawił tylko prof. Barącz przypadek **promienicy pośladka** (ciąg dalszy z poprzedniego posiedzenia), przyczem przemawiali w dyskusyi: dr Ruff i prof. Szpilman, — resztę zaś porządku dziennego odłożono do następnego posiedzenia. *Witold Ziembicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 17. maja 1907.

Na porządku obrad: **Sprawy zawodowe.** Zebranie zagaił sekretarz Wydziału dr Łazarewicz, podając myśl utworzenia biura informacyjnego dla lekarzy. Ogólnie uznano potrzebę utworzenia takiego biura, choć techniczne trudności są dość wielkie. Postanowiono, by biuro było zupełnie niezależnem od Tow. Przyjaciół Nauk. Komisya, złożona z drdr: Kapuścińskiego, Gantkowskiego, Schultza i Szulczewskiego ma się zająć pośrednictwem przy zastępstwach i osiedlaniu lekarzy, badaniem stosunków w poszczególnych miejscowościach i wskazywaniem miejsc, nadających się do osiedlenia.

Następnie Karwowski przedłożył artykuł z »Aerztl. Mittheilungen«, organu Niemieckiego Związku lekarzy w Lipsku, żądający na wypadek zaprowadzenia wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych praw wyjątkowych dla lekarzy-Polaków, by ich nie dopuścić do praktyki w miejscach górniczych Szląska i Westfalii, zamieszkałych aż do 80% przez polską ludność robotniczą. Artykuł ten, wychodzący od Związku, który starał się prócz Niemców pozyskać dla siebie także Polaków, a w sprawie osiedlania przez rząd subwencyonowanych lekarzy Niemców, celem wyrugowania osiadłych już Polaków, nie zdobył się nawet na słowo protestu, wywołał wśród zebranych wielkie oburzenie. Po dłuższej dyskusyi polecono radcy dr. Panieńskiemu, który jest przewodniczącym filii »Związku« w Poznaniu, wystosować protest do głównego Zarządu.

Wreszcie przez otwarte zbadanie sprawy załagodzono nieporozumienie, powstałe wśród niektórych kolegów.

Posiedzenie w dniu 7. czerwca 1907.

W zastępstwie prezesa dr Łazarewicz poświęca gorące wspomnienie pośmiertne nieodżałowanej pamięci ś. p. Jordanowi. Niestety wskutek krótkości czasu nie zdążył Wydział wysłać deputacyi na pogrzeb. Lekarze poznańscy złożą jednak gremialnie wieniec na grobie Zgasłego, w przejeździe na X Zjazd do Lwowa, a na razie na »Samopomoc« galicyjską przeznaczono 50 Mk. w miejsce wieńca. Przez powstanie uczczono pamięć Zmarłego.

Następnie: 1) Karwowski przedstawia chorego, który zimą brał większe dawki bromu; wkrótce potem na lewej nodze aż do kolana ukazały się guzy twarde, jędrne, lekko się łuszczące, wielkości soczewicy do fenyga, koloru sinawo-brunatnego. Obraz cały przypomina bardzo odlewy (moulage) z kliniki Neissera, przedstawiające *bromoderma*. Istotnie także wywiady przemawiałyby za tem. Badanie jednak drobnowidowe stwierdza naciek ciała brodawkowego (*corpus papillare*), mianowicie w okolicy naczyń, rozszerzenie warstwy ziarnkowej i parakeratozę. Brak wszelkich objawów ze strony gruczołów, brak stanu zapalnego ropnego, którego w żadnym z wykwitów nie widać, przemawia za tem, że chodzi tu o **liszaj guzowaty** (*lichen verrucosus*) w trochę niezwykłej postaci.

2) Karwowski przedstawił preparat z moczu chorej, cierpiącej na obustronne **zapalenie miedniczek i pęcherza** (na tle gruźliczem?). W moczu, barwionym metodą Gabbeta celem wykrycia prątków gruźliczych, znalazł K. ciałka, mające postać osełki lub gruszki z jednem lub dwoma czerwonemi jąderkami przy końcach. Ciałka te, leżące zwykle w grupach, mają mniejwięcej wielkość połowy jądra białej krwinki. Kontury ostre, miąższ silnie zabarwiony błękitem metylenowym. W piśmiennictwie nie mógł K. znaleźć opisu podobnych tworów w moczu. Przypuszcza, że chodzi o pierwotniaki, może rzęsistek (*trichomonas vaginalis*), któremu jednak brak biczyków. — W dyskusyi zaznacza Święcicki, że najprędzej może chodzić o rzęsistka, biczyki może uwydatniałyby się przy specyalnem barwieniu. Panieński sądzi, że przeciw pierwotniakom przemawiają ostre kontury i równe kształty. Do stwierdzenia natury ich trzebaby biologicznej obserwacyi.

3) Karwowski zdaje sprawę z dwóch przypadków **zapalenia pęcherza u chorych na wiąd,** u których stosował przepłukiwanie *hydrarg. oxycyanatum* W obu przypadkach chorzy przepłukiwania te bardzo źle znosili, następowały silne bole i parcia, które trudno było wytłómaczyć. Dopiero opisany w piśmiennictwie przypadek, że lek ten bardzo źle znosił chory, który równocześnie brał jod, naprowadziły K. na właściwe tory. W istocie obydwaj chorzy otrzymywali u drugiego lekarza jod. — W dyskusyi zabierali głos Panieński, Chachamowicz, który wspomina, że w pewnym przypadku smarowanie maścią rtęciową w miejscu, gdzie poprzednio stosowano jod, wywołało silne zapalenie skóry, oraz Łazarewicz. Karwowski w końcu zwraca uwagę, że nieraz stosuje się równocześnie jod i rtęć bez żadnych powikłań. Zdaje się jednak, że w błonach śluzowych, jak np. na spojówce i w pęcherzu, połączenie jodu z przetworem rtęciowym wywołuje silne objawy zapalne.

4) Obrano komisyę, mającą ułatwić wspólną wycieczkę lekarzy z pod zaboru pruskiego na X. Zjazd do Lwowa. Komisya ta, składająca się z Pomorskiego, Gantkowskiego, Szulczewskiego, Karwowskiego i Niegolewskiego, postanowiła po drodze zatrzymać się w Krakowie, by złożyć hołd pamięci ś. p. Jordana, oraz odwiedzić Dom lekarski, kliniki i t. d.

5) W sprawie artykułu w »Aerztliche Mitteilungen« oznajmia Panieński, że nakłonił Zarząd filii Poznańskiej, do którego należą Niemcy, by wysłać protest do głównego Zarządu przeciw mieszaniu polityki w sprawy zawodowe. Wiadomość tę przyjęto z wielkiem zadowoleniem, wyrażono jednak życzenie, by ten protest został wydrukowany w »Aerztliche Mitteilungen«.

Dr Adam Karwowski.

Kilka słów w sprawie stosunków szpitalnych w Krakowie.

Podał **prym. Dr. Antoni Krokiewicz.**

Nie da się zaprzeczyć, iż bardzo na czasie pojawił się w łamach »Przeglądu lekarskiego« artykuł prof. dra Ciechanowskiego »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego«. Autor na podstawie sprawozdań: c. k. krajowej Rady Zdrowia, Depar-

tamentu V. Wydziału krajowego, ankiety, zwołanej przez Wydział krajowy w r. 1902 i t. d., odsłonił smutną kartę szpitalnictwa galicyjskiego przed szerszem forum, a uczynił to w tem przekonaniu, iż przez zwrócenie uwagi na sprawę tak piekącą i pierwszorzędnej wartości, uda się obecnemu inspektorowi szpitali krajowych zwolna rozwój szpitalnictwa krajowego poprowadzić na prawidłowsze tory. Za tą przewodnią myślą przemawia szereg wniosków, podanych przez autora w ustępie końcowym wspomnianej pracy.

Nie mam zamiaru bliżej zastanawiać się nad całem szpitalnictwem galicyjskiem, gdyż pozostawiam to osobom bardziej kompetentnym; uważam jednak za stosowne zabrać głos w tej sprawie, o ile chodzi o wadliwe stosunki na oddziale chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza. A czynię to dlatego, że autor nie dotknął w swej rozprawie tego przedmiotu, a Wydział krajowy od dziesięciu lat na moje przedstawienia zwykł odpowiadać trwałem, stereotypowem milczeniem.

Oddział chorób wewnętrznych (I. B.) znajduje się w dwóch pawilonach jednopiętrowych i to oddział męski na parterze jednego z nich, a oddział kobiecy na pierwszem piętrze drugiego (przeciwnie tamże rozmieszczone są oddziały chorób wewnętrznych I. A.). Sale chorych na oddziale męskim mają światło wschodnie, a na oddziale kobiecym — zachodnie. Oba pawilony, wystawione niespełna przed 30 laty, nie odpowiadają już dziś najniezbędniejszym potrzebom. Oddział męski składa się z dwóch dużych sal (po 19 łóżek), jednej sali oddzielnej, zakratowanej, dla chorych na dur (7 łóżek), z 2 pokoików, przerobionych z dawnej kancelaryi oddziałowej i mieszkania sekundaryusza (7 łóżek), sali oddzielnej t. zw. separatki pierwszoklasowej (1 łóżko), tudzież z kuchenki, w której śpi służący. Oddział kobiecy składa się z 2 sal dużych (po 19 łóżek), z 2 sal mniejszych (13 łóżek), z separatki zakratowanej dla chorych na dur (9 łóżek), z separatki I. klasowej (1 łóżko) i kuchenki, gdzie mieści się łóżko dla służącej. Wogóle na oddziale męskim znajduje się łóżek 49 dla chorych, a 5 dla służby, a na oddziale kobiecym 58 łóżek dla chorych, a 5 dla służby. Sale poszczególne są wprawdzie dość pojemne i wysokie, atoli ilość łóżek w nich jest zbyt wielka, przez co np. w salach największych, gdzie mieści się po 19 łóżek, na jednego chorego wypada zaledwie 26·6 metrów kubicznych powietrza. Jeśli na tych salach największych, wskutek przepełnienia znajdują się częstokroć jeszcze nadliczbowi (np. 5) chorzy, ułożeni prowizorycznie na dodatkowych siennikach na ziemi, przez co zamiast 19, liczba ich dochodzi do 24, to na jednego chorego gorączkującego wypada 21·1 m^3 powietrza.

Nikt nie uwierzy, iż wentylacya na salach odbywa się w sposób najpierwotniejszy, t. j. przez otwieranie drzwi i okien na pół godziny przed rozpoczęciem wizyty lekarskiej. Wentylacyi innej niema — i nie można się doprosić o odpowiednie urządzenie wentylacyjne. Wprawdzie istnieją wentylatory gazowe, ale nie działają one wcale, gdyż światła gazowego na oddziale niema. Jakież wobec takich warunków może być powietrze na salach, gdzie chorzy wysoko gorączkują, częstokroć oddają pod siebie mocz i kał bezwiednie, — lub gdzie znajdują się chorzy ze zgorzelą płuc, nóg i rąk, z cuchnącymi odpływami przy rakach części rodnych i t. d.? Fakt sam przemawia dosadnie, skoro uwzględnimy, iż na jednego chorego zamiast 90—120 m^3 przypada 21·1—26·6 m^3, — a dokładne wyobrażenie mieć może każdy dopiero wtedy, skoro przypadkiem wejdzie na salę wieczorem, lub rano przed otworzeniem na oścież drzwi i okien.

Łatwo pojąć, na jakie niebezpieczeństwo narażeni są chorzy, lekarze i służba, zmuszeni przez pewien czas przebywać codziennie w takich lokalach, gdzie przecież znajdują się i chorzy na gruźlicę narządów oddechowych. Nieraz też się wydarza, iż chorzy, którzy pozostawali w leczeniu szpitalnem na inną chorobę, a nie na gruźlicę, i u których badanie naówczas nie wykryło żadnych objawów choroby piersiowej, zjawiają się na oddział po kilku miesiącach z niewątpliwymi objawami gruźlicy. Że gruźlicy nabawili się oni w szpitalu, nie ulega żadnej wątpliwości.

Wskutek bliskiego sąsiedztwa pawilonu męskiego z kuchnią i pralnią szpitalną, a pawilonu kobiecego z kliniką chorób wewnętrznych, brak odpowiedniej ilości słońca na pojedynczych salach, przez co chorzy pozbawieni są w znacznym stopniu tak potężnego czynnika leczniczego, jaki stanowi światło słoneczne.

Oświetlenie na salach wieczorem, wobec braku światła gazowego lub elektrycznego, ogranicza się do jednej lampki naftowej, częstokroć kopcącej. Wpływa to też niezawodnie ujemnie na czystość powietrza w salach. Oświetlenie lampką jest tak niedostateczne, iż lekarze oddziałowi nie mogą odbywać prawidłowo wizyty lekarskiej popołudniowej na dniu krótkim; badanie odbywa się przy pomocy światła świecy, przez co dokładnem być nie może [1]).

Zbyt wielka oszczędność administracyjna nie dozwala, aby każdego roku sale chorych zostały gruntownie oczyszczone przez zdrapanie tynku i pobielenie ścian i sufitów, tudzież przez zapokostowanie podłóg miękkich. Trudno uwierzyć, a jednak rzecz prawdziwa, iż na oddziale męskim służba za własne pieniądze zapokostowała w roku ubiegłym podłogi i korytarz, aby mogła utrzymać wymagany porządek. Wobec braku posadzek (są one tylko w separatkach I. klasowych), porządek należyty na podłogach miękkich, w których znajdują się liczne szpary, stanowiące siedzibę prochu i bakteryi chorobotwórczych, nie da się utrzymać.

Klozety, pomieszczone dla ciężko chorych na salach, są rozsadnikiem przykrej woni amoniakalnej, wynikającej z rozkładających się stolców i moczu; mają one typ najprostszy, bez wszelkich odwaniających urządzeń.

Łóżka, na których leżą ciężko chorzy, nie mają materaców. Tabliczki nad łóżkami umieszczone, sporządzone z drzewa, są bardzo ciężkie i w przeważnej części tak zniszczone, iż kredą na nich rozpoznania napisać nie można. Nieraz wydarzało się, iż taka tabliczka podczas wizyty lekarskiej spadała na głowę chorego i dziwić się należy, że jeszcze dotychczas nie było żadnego nieszczęścia z tego powodu.

Dla separatki I. klasy u kobiet od 3 lat nie można się doczekać drugich drzwi tapicerowanych, mających na celu stłumienie hałasu od korytarza, którędy przechodzą chore do wychodka. Zwłaszcza w nocy daje się to dotkliwie odczuwać, skoro chore z sal, zdążając przy słabem oświetleniu do wychodków, obijają się o drzwi tej separatki, budząc chorą w separatce i zamącając jej spokój, ten niezbędny czynnik dla korzystnego przebiegu choroby i rychłego odzyskania zdrowia.

Brak odpowiedniej jadalni wspólnej dla chorych ozdrowieńców, którąby łatwo można urządzić na korytarzu, tudzież brak leżalni, zwróconej do słońca, stanowi bardzo ujemną stronę pawilonów obecnych.

Najbardziej jednak ujemną stronę, obok braku wentylacyi sztucznej na salach, stanowią wychodki i brak łazienki. Sądzę, iż w dzisiejszych czasach podobne stosunki nie istnieją w żadnym szpitalu krajowym większego miasta. Boć trudno uwierzyć, aby w XX. stuleciu, przy zaprowadzonych wodociągach, wychodki nie miały klozetów i nie były ogrzewane. W miesiącach letnich, zwłaszcza przy powietrzu wilgotnem, roztacza się z tych wychodków woń amoniakalna na cały pawilon; w porze zaś zimowej wychodki nieogrzane są przyczyną częstego przeziębiania się chorych, co za sobą pociąga przewlekanie się sprawy chorobowej i przedłużenie pobytu chorych w szpitalu, a tem samem większe koszta leczenia. Trudno także uwierzyc, iż w szpitalu głównym miasta stutysięcznego, na oddziale chorób wewnętrznych niema łazienki. Wszak na oddział przyjmowani są ciężko chorzy, przeważnie zaplugawieni i zanieczyszczeni, którzy koniecznie muszą być poprzednio wykąpani i gruntownie oczyszczeni, zanim można ich położyć do czystego łóżka i zanim znajdą się w takim stanie, iż lekarz może się zabrać do ich badania. Dziś to przygotowanie chorych do badania odbywa się w sposób najpierwotniejszy, gdyż polega na skąpaniu nóg w cebrzyku i powierzchownem oczyszczeniu włosów od robactwa.

Kancelarya oddziałowa składa się z jednego pokoiku; w nim załatwia się czynności administracyjne ze stronami i ściśle lekarskie, jak pompowanie żołądka, badanie chemiczne treści żołądka, rozbiory chemiczne i mikroskopowe plwocin, moczu, krwi, wysięków i t. d. Wobec tego o ładzie pożądanym mowy być nie może. Urządzenie obecne kancelaryi oddziałowej jest zupełnie nieodpowiednie. Dość powiedzieć, iż brak np. nawet porządnej umywalni, co stanowi dziwną sprzeczność z urządzeniem kancelaryi rządcy szpitalnego. I tu z przykrością podnieść należy okoliczność, iż dla odpowiedniego wyposażenia kancelaryi prymaryusza zawsze brak funduszów odpowiednich, a nigdy ich nie zabraknie dla urzędnika administracyjnego. Przy najskromniejszych już wymaganiach, kancelarya oddziału składać się powinna przynajmniej z dwóch pokoi, z których jeden ma służyć tylko do załatwiania czynności administracyjnych i porozumiewania się ze stronami, a drugi ma być wyłącznie przeznaczony do badań naukowych lekarskich. Do niego wstęp tylko lekarzom winien być dozwolony.

Tak się przedstawia w najogólniejszym zarysie wadliwość pomieszczenia i rozmieszczenia oddziału. (Dok nast.)

[1]) Sejm tegoroczny uchwalił wprowadzić w szpitalu oświetlenie elektryczne. *Red.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: L. 572. Na prośbę Komisyi dla specyfików aptekarzy austr.-węg. powiadamia Wydział Izby Kolegów, że według rozporządzenia c. k. Ministerstwa z dnia 29 marca 1907, l. 6037 wydawanie przez aptekarzy specyfików, zakazanych u nas, także i wtenczas podlega karze, jeżeli wydanie z apteki zabronionego specyfiku następuje na podstawie przepisu lekarskiego. Wydział Izby wzywa zatem wszystkich lekarzy, by takich zabronionych specyfików nie zapisywali, a to by z jednej strony nie narażać aptekarzy na karę, z drugiej zaś siebie na tę nieprzyjemność, iż aptekarz ewentualnie nie wyekspedyuje zapisanej recepty.

Izba lekarska wschodnio-gal.: Prezydent: *Dr. Festenburg.*

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbyło się 23. VI. b. r. pod przewodnictwem wiceprezesa prym. dr Bogdanika przy licznym udziale członków, zwłaszcza z poza Krakowa. Przewodniczący poświęcił w zagajeniu kilka gorących słów wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa, a w szczególności prezesowi Towarzystwa, śp. prof. dr. Henrykowi Jordanowi i skarbnikowi śp. dr. Słapie, których pamięć uczczono przez powstanie. Następnie przyjęto protokół z ostatniego walnego zgromadzenia i sprawozdanie z czynności wydziału za rok ubiegły. Ponieważ z powodu nagłej, a niedawnej śmierci skarbnika Towarzystwa, dra Słapy, komisya kontrolująca nie była w możności w tak krótkim czasie z całą dokładnością sprawdzić rachunków za rok ubiegły, przeto imieniem tej komisyi postawił dr Bernadzikowski wniosek o odroczenie udzielenia absolutoryum z rachunków za rok 1906, aż do najbliższego walnego zgromadzenia. Przygotowaniem zaś całej tej sprawy zajmie się komisya kontrolująca z pomocą dra Flisa. Zarazem uchwalono, by każdy z funduszów Towarzystwa był lokowany oddzielnie, a w prowadzeniu ksiąg zaprowadzone były pewne zmiany (system amerykański). Przyjęto wniosek Wydziału, przedstawiony przez dra Flisa, by sumę, zebraną dotychczas ze sprzedaży znaczków receptowych, przelać do odrębnego funduszu zapomogowego dla wdów i sierot, który ku uczczeniu pamięci Jordana nazwany będzie Jego imieniem.

Następnie obradowano nad projektem zmiany statutu (ref. dr Flis) przedłożonym przez wydział, a przekształcającym Towarzystwo w ścisłą organizacyę lekarską na zasadzie organizacyi lipskiej i organizacyi, zawiązanych w innych krajach austryackich. Projekt ten wywołał bardzo ożywioną kilkugodzinną dyskusyę. Celem jego jest łączenie lekarzy w organizacye powiatowe dla popierania ich ekonomicznych i społecznych interesów, dalej zastępstwo, popieranie i obrona interesów ekonomicznych i społecznych ich członków wobec publiczności, kas chorych i im podobnych instytucyi, towarzystw ubezpieczeń i władz, i torowanie drogi zasadzie wolnego wyboru lekarzy w kasach chorych i im podobnych instytucyach przy pełnem zachowaniu uprawnionych interesów obecnych lekarzy kasowych. Organizacye powiatowe mają się łączyć następnie w związki obwodowe, a te tworzyć związek krajowy z siedzibą w Krakowie. Sprawność organizacyi zapewniają składane przez członków pisemne zobowiązania. Dyskusyę zakończyły przemówienia wybranych mowców generalnych, z których dr Weinsberg wywodził, że organizacyą jest Towarzystwo już obecnie i statut, jego zdaniem, żadnych zmian nie wymaga, dr Nartowski żądał odesłania projektu do komisyi celem przerobienia, a dr Skałkowski ze Lwowa zalecał przyjęcie projektu, stwierdzając, że dopiero nowy statut da organizacyi możność czynnej obrony interesów lekarskich i że projekt oparty jest na zasadach, wypróbowanych już praktycznie gdzieindziej. W końcowem przemówieniu odparł referent dr Flis podnoszone w dyskusyi zarzuty, poczem nowy statut z nieznacznemi poprawkami niemal jednomyślnie przyjęto i uchwalono referentowi wyrazić gorące podziękowanie za podjętą mozolną pracę.

Dalej po żywej dyskusyi przyjęto statut kasy zaliczkowej lekarzy, do której będą mogli należeć tylko członkowie Towarzystwa i uchwalono podziękowanie inicyatorowi dr Porajewskiemu z Liska, dziękując zarazem przez aklamacyę referentowi dr Braunowi za opracowanie statutu kasy.

Wniosek dra Sokołowskiego, by wezwać Radę m. Krakowa o uzupełnienie liczby lekarzy miejskich do liczby, wymaganej ustawą, uchwalono jednomyślnie i przekazano wydziałowi do załatwienia.

W końcu wybrani zostali do wydziału na r. 1907: prezesem prof. dr J. Nowak, I. wiceprezesem dr W. Damski, II. wiceprezesem prof. dr Ziembicki ze Lwowa; sekretarzem dr Flis, zastępcą sekretarza dr Jaugustyn, skarbnikiem dr Jabłoński; członkami wydziału: prof. dr Ciechanowski, dr Murczyński, dr Sokołowski, dr Stahr, dr Weinsberg i dr Żydłowicz. Do komisyi kontrolującej wybrani zostali: dr Bernadzikowski, dr Bielański i dr Schoengut, do sądu polubownego: dr Ackerman, dr Karpiński, dr Lustgarten, prof. dr Łazarski i dr Wojciechowski. *R.*

Miejska kasa chorych w Krakowie wydała niedawno sprawozdanie za r. 1906. Ze stanowiska zawodowego godne uwagi są następujące szczegóły: Jak po inne lata, tak i w tym roku podano koszta lekarzy razem z kosztami kontroli chorych na 32.144 K., t. j. 14.1 prc. ogólnej sumy przychodów, a osobno koszta administracyi na 35.338 (15 prc. przychodów). Tymczasem z zamknięcia rachunkowego widać, że kontrola chorych kosztowała 4461 K., utrzymanie ambulatoryum 6681 K., a lekarze otrzymali naprawdę tylko 16419 K., (nie licząc 2411 K. na dorożki). Zachorowań było 16,161, porad lekarskich 37.261 (obłożnie chorych, odwiedzanych przez lekarzy w domu, 2292; nie można dociec, czy liczba ta wliczona jest w ogólną liczbę porad, czy nie). Za jednego chorego przypadało przeto dla lekarzy 1 K., za jedną poradę 44 halerze... *R.*

Aptekarze austryaccy utworzyli organizacyę na wzór Państw. Związku organizacyi lek. austr. Ponieważ współdziałanie organizacyi aptekarzy z organizacyą lekarzy, o które toczą się już rokowania, może mieć niezmierną doniosłość dla obu stron, przeto w interesie lekarzy leży starać się o rozwój organizacyi aptekarzy. Dlatego Państwowy Związek O. L. A. wzywa lekarzy, aby zachęcali aptekarzy i ich asystentów do wstępowania do organizacyi aptekarskiej. — Prezydent Związku: *Dr Janeczek. R.*

Lekarze dolnoaustryaccy przekształcają obie swe luźne organizacye w jedną organizacyę krajową na zasadach Związku lipskiego, (przyjętych także w nowym statucie Tow. »Samopomocy lekarzy«). Najważniejszymi warunkami skutecznego działania organizacyi są: zobowiązanie, podpisywane przez każdego członka organizacyi, że umowy z Kasami chorych i t. d. zawierać będzie tylko na warunkach, zatwierdzonych przez komisyę dla umów i znaczniejsze wkładki (24 K. rocznie), dostarczające organizacyi potrzebnych środków. *R.*

Do wiadomości Wydziałów krajowych wszystkich krajów austryackich podaje Państwowy Związek organizacyi lek. austr., że Wydział krajowy w Krainie podniósł lekarzom okręgowym dyety z 4 na 8 koron, a kilometrowe z 30 na 40 h., rozpoczął kroki celem obliczenia zmian, którychby wymagało podwyższenie wdowom po lekarzach okręgowych pensyi z 800 na 1200 K., a sierotom z 160 na 200 K. i zatwierdził instrukcyę służbową, wypracowaną przez lekarza, dra Defranceschi. — Prezydent Związku: *Dr Janeczek. R.*

Statystykę stosunków gminnej służby zdrowia w Austryi Dolnej, opracował stosownie do uchwały I. wiecu Związku państw. organizacyi lek. austr., dr Reh (Neukirchen a. d. Enknach, Ob. Oesterr.). Dziełko to nabyć można u autora (cena 3 korony). *R.*

Związkowi lipskiemu lekarzy niemieckich podsuwa bezimienny autor w »Aerztl. Mittheilungen« (Nr. 22) zadania i plany, bardzo obosieczne. Żąda on, aby Związek sam zawarł ogólną umowę z kasami chorych, towarzystwami ubezpieczeń i t. d. i na jej podstawie poprostu mianował lekarzy tych instytucyi wyłącznie z grona swych członków. Autor tego projektu przypuszcza, że tym sposobem musieliby do Związku przystąpić wszyscy, nienależący jeszcze do niego lekarze, aby osiągnąć lub utrzymać w swem ręku posady, przez Związek rozdawane. Projekt ten wywołał energiczny protest ze strony »Münchener med. Wochenschrift« (Nr 24), która słusznie podnosi, że gdyby Związek w ten sposób działał wprost na szkodę lekarzy do niego nie należących, to odrazu straciłby poparcie i sympatyę ogółu i musiałby się rozbić. Prawa każdej organizacyi nad jednostką mają także swoje granice. *R.*

Przeciwko partactwu dentystycznemu w konwentach Bonifratrów wystąpiła Izba lekarska wiedeńska, uzyskawszy w Namiestnictwie wyjaśnienie, że powoływanie się Bonifratrów na dawne dekrety cesarskie nie ma podstawy. (Aerzt. Stdsztg. 12). Powinnyby tą sprawą zająć się i inne Izby, w których okręgu są konwenty Bonifratrów, w których nieukwalifikowani bracia wykonują tysiącami ekstrakcye zębów. *R.*

Lekarze francuzcy rozpoczęli energiczną walkę w obronie zawodowej, gdyż zagraża im t. zw. prawo Caillaux, nakła-

dające podatek zarobkowy na dochody z praktyki bez potrącenia kosztów narzędzi, książek i t. p., chociaż takie koszta wolno we Francyi potrącać przemysłowcom. Lekarze podlegaliby tedy prawu istotnie »wyjątkowemu«. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. do 22. VI. 1907 doniesiono o 58 nowych przypadkach duru plamistego w 20 gminach, a mianowicie w pow. Drohobycz (Drohobycz 2, Łastówki 6), Jaworów (Zawadów 3, Sarny 3, Nahaczów 3, Morańce 5), Kamionka (Niesłuchów 1), Kosów (Słobódka 4, Rybno 4, Szeszory 1), Mościska (Wola małnowska 2), Nadwórna (Pasieczna 6, Zielona 3), Przeworsk (Jagieła 1), Rawa (Rzyczki 1, Niemirów 1, Szczerzec 5, Smolin 5), Skałat (Grzymałów 1), Śniatyn (Rożnów 1); o 3 przypadkach ospy w 1 gminie, a mianowicie pow. Kamionka (Peratyn 3) i o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 3 gminach, a mianowicie pow. Ropczyce (Borek mały 1), Tarnobrzeg (Motycze poduchowne 1), Żółkiew (Batiatycze 4). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. do 22. VI. 1907 przypadków: płonicy 3, błonicy 2, krztuśca 1, ospicy 1, róży 1. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 16. do 22. VI. 1907 urodziło się dzieci żywo 65, nieżywo 3; zmarło osób 50 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 13 (3), zapalenia płuc 3 (1), płonicy —, krztuśca —, duru brzusznego —. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 16. do 22. VI. 1907 przypadków: błonicy 1 (w tem obcy 1), krztuśca 4, płonicy 3, odry 2 (1), duru brzusznego 5, gorączki połogowej 1. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

X. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich odbędzie się w dniach od 22—25. lipca 1907 we Lwowie. Dotychczas zgłoszono powyżej 500 wykładów ze wszystkich niemal dziedzin nauk przyrodniczych i lekarskich.

Komitet gospodarczy czyni usilne starania, aby obok głównego celu Zjazdu, korzyści naukowej, zapewnić Członkom wszelkie możliwe wygody i uprzyjemnić im pobyt we Lwowie. W przeddzień Zjazdu, w niedzielę 21. lipca, odbędzie się o godz. 9 wieczorem towarzyskie zebranie w salach hotelu Georgea. Dnia 22. lipca o godz. 8 rano Msza św. w Katedrze, o godz. 9 pierwsze, uroczyste Posiedzenie ogólne w Teatrze miejskim, — wieczór zaś tego samego dnia wielki festyn na wystawie. Dnia 23. lipca popołudniu wycieczki do Dublan, Pustomyt, Lubienia i Woli dobrostańskiej. Dnia 24. lipca o godzinie $6^1/_2$ wieczorem odbędą się na boisku obok wystawy zapasy drużyn Towarzystwa Zabaw ruchowych i wręczenie zwycięskiej drużynie pierwszej nagrody Komitetu gospodarczego, później zaś raut, urządzony przez Reprezentacyę miejską na przyjęcie Członków Zjazdu. Przez wszystkie dni od godz. 7—9 rano zwiedzanie osobliwości Lwowa, muzeów, galeryi i t. p. pod przewodnictwem osobnego komitetu. Po ukończeniu Zjazdu odbędzie się w dniu 25. lipca wycieczka do Podhorzec i Oleska (Zamek króla Jana III.) pod przewodnictwem dra W. Serbeńskiego, a nadto wycieczka do miejsc kąpielowych (Truskawiec, Rymanów, Iwonicz, z Zakopanego Pieninami do Szczawnicy, wreszcie Krynica) pod przewodnictwem dra Witołda Ziembickiego.

Za łaskawem zezwoleniem Dyrekcyi i Kuratoryi Muzeum przemysłowego, urzędować będzie od piątku dnia 19. lipca biuro Komitetu gospodarczego w wielkiej hali miejskiego Muzeum przemysłowego. Znajdować się tam będzie biuro pocztowe, telegraficzne i telefon do użytku Członków Zjazdu. Tu wydawać się będzie karty uczestnictwa w kształcie książeczek z kuponami, odznaki zjazdowe, »Dziennik Zjazdu«, Przewodnik po Lwowie i t. d. i udzielać wszelkich informacyi. W I-szym numerze »Dziennika Zjazdu« ogłoszony będzie szczegółowy program prac wszystkich sekcyi, rozrywek, zebrań, wycieczek i t. d.

Byłoby wielce pożądane, aby chcący wziąć udział w Zjeździe wcześnie się zgłaszali. Ułatwiłoby to znacznie manipulacyę i pozwoliło uniknąć natłoku w ostatniej chwili. Przy zgłoszeniu należy przesłać wkładkę, która wynosi 20 Koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków, 4 dolary) od Członka Zjazdu, połowę zaś tej kwoty od osób towarzyszących, n. p. pań, chcących wziąć udział w Zjeździe. Ponieważ już obecnie często się zdarza, że ktoś przysławszy wkładkę, żąda natychmiastowego wystawienia karty uczestnictwa, podaje Komitet do powszechnej wiadomości, że kart uczestnictwa nie będzie nikomu wysyłał pocztą. Natomiast karty Członków i uczestników, którzy się wcześnie zgłoszą i przeszlą wkładkę, będą ich oczekiwały, należycie wypełnione i ułożone w porządku alfabetycznym, w biurze Zjazdu. Zaznaczyć trzeba, że mimo usiłowań Komitetu nie udało się uzyskać żadnych zniżeń biletów kolejowych dla Członków Zjazdu.

Dla zapewnienia Członkom zamiejscowym odpowiedniego mieszkania w hotelu lub w domach prywatnych istnieje Komitet kwaterunkowy, na którego czele stoi dr Teofil Stachiewicz. Komu zależy na stosownem pomieszkaniu, musi najpóźniej na 14 dni przed rozpoczęciem Zjazdu zgłosić się z zamówieniem i wyszczególnić swe wymagania (ile osób, pokoi, łóżek, czy w hotelu, czy prywatnie i t. p.), oraz nadesłać z góry najniższe koszta za 4 dni pobytu (12 K od osoby, a 20 K od dwu osób w jednym pokoju). Na dworcach kolejowych urzędować będą stale w dzień i w nocy, przy wszystkich pociągach, począwszy od 20. lipca rano, biura kwaterunkowe, do których należy się zgłaszać po wskazówki i wyjaśnienia w sprawie mieszkań. Oprócz tego będzie czynnym oddział kwaterunkowy w biurze Komitetu (gmach miejsk. Muzeum przemysłowego).

Wszelkie listy, pisma i przesyłki pieniężne adresować należy do sekretarza głównego Wydziału gosp. X. Zjazdu L. i P. doc. dr Adama Szulisławskiego (Lwów, Jagiellońska 8).

Prezesem jury Wystawy zjazdowej mianował Namiestnik R. dw. dra Józefa Merunowicza.

Stan prac przygotowawczych w sekcyach:

III. Sekcya chemiczna i farmaceutyczna (C. d.): 7. Wł. Baczyński i St. Niementowski :Utlenianie ozychinakrydonu. 8. A. Bolland i S. Niementowski: Kwas nadchromowy w analizie miarowej. 9. Zyg. Jakubowski i S. Niementowski: O niektórych pochodnych dwuchinolylu. 10—12. S. Niementowski: Wytwory redukcyi o-nitro-acetanilidu. Oxanhydrozwiązki. — Kondensacya kwasu antranilowego z benzogloctanem etylowym. Anilid dwuozychinoliny. — Wnioski w sprawie utworzenia polskiego towarzystwa chemicznego. 13—16. Br. Pawlewski: Temperatura krytyczna piperydyny. — Bromowanie związków nienasyconych. — Synteza 1-Fenyl 2-fenyl 2 oksy 3 kato 5-metyl pirydyny. — Nowy pierścień siedmiowyrazowy. 17. Romuald Weckowicz i Br. Pawlewski: Kondensacya kwasu antranilowego z ciałami benzoinowemi. 18. Wł. Pultorak i Br. Pawlewski: O optycznej czynności produktów naftowych.

W V. Sekcyi (anatomiczno-zoologicznej łącznie z antropologiczną) zgłoszono dalszych 7 wykładów (40—47), m. i.: 40. Loth E.: O najnowszych metodach badań antropologicznych. 44. Szymonowicz: O rozwoju zakończeń nerwowych u ptaków. 45. Rothfeld I.: O zachowaniu się elementów elastycznych w ciałach jamistych narządów płciowych. 46. Siedlecki: O stosunku pasorzyta do komórki żywiciela.

W sekcyi VII. (przyrodniczo-rolniczej) zgłoszono dotąd 6 tematów ogólnych i 11 wykładów.

X. Sekcya fizyologiczna (C. d.). Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. we Lwowie: 22—24. Prof. dr Prus: O drganiach włókienkowych serca (delirium cordis). — Od czego zależy samodzielna czynność serca. — O wskrzeszaniu. — Z Zakładu chemii fizyologicznej Uniw. we Lwowie: 25. Dr Stef. Dąbrowski: O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu. 26. Tenże i p. I. Browiński: Metoda określenia ilości podstawowego barwika moczu. 27. P. W. Gawiński: Badania nad kwasem olejowym tłuszczu mleka. 28. Dr S. Dąbrowski i p. W. Gawiński: Badania ilościowe nad wydzielaniem kwasów proteinowych w moczu zdrowych osób oraz w wypadkach chorób. 29. P. J. Browiński: Kwasy proteinowe we krwi. 30. Dr Z. Motylewski: O ulatnianiu się soli rtęciowych z roztworów i wynikających stąd przeszkodach wykrycia i określenia rtęci w narządach. 31. Dr G. Gittelmacher-Wilenko: O działaniu analgamatu sodowego na cholesterynę w alkoholu amylowym i stosunku otrzymanych związków do koprosteryny. 32. Dr S. Dąbrowski: Demonstracye przyrządów: a) do zagęszczania w próżni płynów oraz b) do wyciągania eterem większej masy ciała stałego, obmyślanych i sporządzonych w Zakładzie. 33. Prof. dr Bądzyński i doc. dr A. Gońka: Przyczynek do poznania składu chemicznego organicznej substancyi podstawowej zęba.

XI. Sekcya patologiczna (C. d.). 33. Dr Karwacki i dr Dembiński (Warszawa) oraz dr Eisenberg (Kraków), referat: O odporności (mianowicie ostatni o teoryi odporności, pierwsi zaś o zastosowaniach praktycznych). 34—36. Prof. Prus (Lwów): O objawach, tudzież o zmianach wątroby występujących po wstrzyknięciu kwasu siarkowego do przewodów żółciowych. — O stosunku przerostu serca do choroby nerek. — O znaczeniu komórek eozynochłonnych w tkankach.

XV. Sekcya oto-ryno-laryngologiczna. (C. d.). 6) Prof. dr Frankenberger z Pragi: Przyczynek do patogenezy gruźlicy, zwłaszcza pierwotnej gruźlicy krtani.

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza. (C. d.). 48—51. Czyżewicz A. (jun.): W sprawie miesiączkowania jajowodów. — Hyperemesis gravidarum. — Kilka uwag w sprawie częstości, powstawania i kierunku skrętu szypuły guzów jajnika i przyjajnika. — Przedstawienie preparatów z 2 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. 52—53. Litwinowicz Tadeusz: O pęknięciu macicy z użyciem kazuistyki c. k. szkoły położnych we Lwowie z lat 1867—1906. — O wynikach badania krwi w przypadkach nowotworów macicy. 54. Rubin: O powstaniu łożyska przodującego. 55—56. Hojnacki: Higieniczno-estetyczne względy w prowadzeniu ciąży, porodu i połogu. — Temat zastrzeżony. 57. Cykowski: O obrocie zapobiegawczym. 58—60. Zawadzki: Cardiopathia uterina. — Leczenie nieżytu szyjki i jamy macicy metodą Biera. — Przyczynek do patogenezy i leczenia gorączki porodowej.

XXIV. Sekcya weterynaryjna. (C. d.). 19. Dr Stanisław Majewski, lekarz wet. (Piotrków): O zwalczaniu gruźlicy u zwierząt zapomocą ochronnego szczepienia.

XXVII. Sekcya medycyny wojennej. Gospodarz: Starszy lekarz sztabowy dr I. Link, szef sanit. 11. korpusu. — 1. Dr Friedmann, lekarz sztabowy: Woda do picia, z uwzględnieniem zaopatrzenia w wodę do picia armii na polu walki. 2. Dr Chajes, lekarz pułkowy: O chorobach umysłowych w armii. 3. Dr Hamburger, lekarz sztabowy: Jaglica. 4. Dr Turnau, lekarz pułkowy: Implantacya zębów. 5. Dr Berger, lekarz pułkowy: Działanie najnowszych przetworów leczniczych. 6. Dr Mosing: Rozwój fizyczny wychowanków szkół wojskowych w czasie ich pobytu w zakładach. 7. Dr Karchczy, lekarz sztabowy: Ostateczny wynik operacyi doszczętnej przepuklin. (Statystyka 460 przypadków, operowanych w szpitalu wojskowym we Lwowie).

Składki na pomnik M. Nenckiego (spis III). Od 3. do 15. VI. b. r.: Od Dyrekcyi Banku zaliczkowego (Lwów) 100 K; na listę p. mag. farm. L. Różyckiego (Warszawa): L. Różycki 50 K, W. Różycka 12·50 K, razem 62·50 K; od prof dra Ign. Baranowskiego (Warszawa) 50 K; od dra J. Berlinerblaua (Warszawa) 32 K 31 gr.; na listę dra fil. M. Reichera (Sosnowice): M. Reicher 20 K, dr fil. M. Wołkowicz 2 rb., A. Wołkowicz 2 K 50 gr., dr fil. B. Zdanowski 1 rb., dr fil. A. Likiernik 10 K, Z. Toeplitz 4 rb. 50 kop., razem 51 K 50 gr.; na listę 1 (dodatkowo): dr W. Mazurkiewicz (Lwów) 5 K, słuch. med. Fr. Czubalski 1 K, sł. fil. S. Stein 1 K, razem 7 K, od dra M. Sołtysika (Lwów) 10 K, od dra Fr. Chłapowskiego (Poznań) 20 K. — Na listę dra M. Lebensbauma (Warszawa): dr M. Lebensbaum 3 rb., dr M. Flaum 3 rb., razem 6 rb.; od Tow. lekarskiego w Krakowie 50 K; od c. k. galicyjskiego Tow. gospodarskiego 100 K. — Składki przyjmuje dalej sekretarz W. g. Zjazdu, doc. dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 26. VI. b. r. posiedzenie, na którem prezes prof. Rosner wezwał członków gorąco do jaknajwiększego udziału w X. Zjeździe L. i P. P. we Lwowie, poczem 1) prof. Kader przedstawił chorych: *a*) po wyłuszczeniu wodonercza i roponercza, *b*) po resekcyi stawu kolanowego z powodu gruźlicy, *c*) po laminektomii z powodu objawów ucisku ogona końskiego (po operacyi powróciła czynność zwieraczy pęcherza i odbytu, a powraca czucie w kończynach dolnych); 2) r. ces. p. J. Gorecki przedstawił stół operacyjny swego pomysłu; 3) dr Blassberg miał wykład p. t. »Najnowsze poglądy na ośrodki mowy«. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lek. galic. wybrano prof. Ciechanowskiego i doc. Dobrowolskiego, zastępcą dra Wojciechowskiego.

— Dziekanem na r. 1907/8 wybrał Wydział lekarski Radcę Dworu prof. dra B. Wicherkiewicza.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy lekarzy w d. 23. VI. b. r., z którego na innem miejscu zdajemy sprawę, zapadła uchwała wielkiej doniosłości, mianowicie przyjęto zmiany statutu, przekształcające Towarzystwo Samopomocy na ścisłą organizacyę zawodową lekarzy w Galicyi. Przekształcenie to umożliwi współdziałanie zorganizowanych lekarzy naszych z organizacyami lekarskiemi innych krajów austryackich.

— *Otrzymujemy następujące zawiadomienie:* Klinika Lekarska Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje lekarzy celem samodzielnego kształcenia się z bezpłatnem zobowiązaniem rocznem na rok szkolny 1907/8. — Mogą otrzymać miejsca następujący pracownicy: 1) Dwaj praktykanci do ambulatoryum klinicznego. 2) Dwaj praktykanci do kliniki stałej i pracowni klinicznej z mieszkaniem w klinice. 3) Jeden praktykant naukowy do pomocy w pracach kontrolujących najnowsze zdobycze naukowe w zakresie patologii i dyagnostyki z mieszkaniem w klinice. 4) Wolontaryusze kliniczni roczni, a mianowicie: *a*) do wykonywania terapii fizykalno-dyetetycznej i dla obserwacyi terapii aptecznej, *b*) do wprawiania się w chorobach narządów klatki piersiowej, *c*) do wprawiania się w chorobach jamy brzusznej. — Zgłoszenia przyjmuje Dyrektor kliniki lekarskiej w Krakowie najpóźniej do 10. października 1907.

— *Towarzystwo lekarskie warszawskie nadesłało nam następujące sprostowanie:* W 1 zeszycie r. 1907 »Pamiętnika Towarzystwa Warszawskiego«, w ogłoszeniach tematów do nagrody konkursowej z funduszu imienia dra Walentego Koczorowskiego pod Nr. 13 wydrukowano przez pomyłkę drukarską »Badanie trawienia żołądkowego u starców«. Powinno zaś brzmieć: »Badanie trawienia żołądkowego u ssawców«. — P. o. sekretarza stałego. *W. Kosmowski.*

Lwów. Wydział lekarski wybrał dziekanem na r. 1907/8 prof. dr. St. Bądzyńskiego, przedstawił do tytułu profesora nadzwyczajnego docentów dr A. Sołowija i R. Renckiego, nadał »veniam legendi« z zakresu otyatryi dr Teofilowi Zalewskiemu (»Tyg. lek.« 25).

Zdrojowiska galicyjskie. Do Iwonicza od 15. V. do 15. VI. przybyło osób 1005.

Warszawa. Po czteroletnich staraniach uzyskano nareszcie w Sosnowcu pozwolenie na otwarcie szpitala miejskiego o 12 łóżkach.

Z różnych stron. Rząd rosyjski, poszukując lekarzy do gub. astrachańskiej i kraju kirgiskiego dla ochrony przed morem, ofiaruje im zaledwo 1500 rb. pensyi i koszta podróży.

— Największym na kontynencie Europy, a podobno i najbardziej nowocześnie urządzonym zakładem dla obłąkanych jest nowy zakład w Hütteldorf w Dolnej Austryi. Pomieści on 2200, w razie potrzeby zaś 3—4 tysięcy chorych, wśród nich 356 zamożniejszych »pensyonaryuszy«, których wyższe opłaty ułatwią utrzymanie zakładu. Wśród 60 budynków, z których składa się zakład, znajduje się też osobny budynek teatralno-koncertowy, zakład ogrodniczy, warsztaty dla chorych i t. d.; wśród pawilonów dla chorych są osobne dla suchotników, chorych zakaźnych i t. p. Zakład obejmuje 2412 pokoi, ma 236 stacyi telefonicznych, wszędzie oświetlenie elektryczne, wodociągi; kosztować ma około 20 milionów koron.

— W Niemczech jest obecnie 87 ludowych sanatoryów dla chorych na gruźlicę (4822 łóżek) i 35 sanatoryów prywatnych (2118), ogółem więcej, niż w całej zresztą Europie. Buduje się prócz tego 11 sanatoryów ludowych (800 łóżek). Nadto osobno jest 17 zakładów (650 łóżek) dla dzieci chorych na gruźlicę i 67 zakładów (6092 łóżek) dla dzieci zołzowatych. Dyspensatoryów działa 117. Schronisk dla nieuleczalnych suchotników jest 10 uzdrowisk leśnych (Walderholungsstätten) 67.

— Akademia lekarska w Düsseldorfie wkrótce zostanie otwartą. Prócz powołanego już do niej prof. Lubarscha (anatomia patol.), mają być mianowani jej profesorami: Stern (dermatologia), Keimer (laryngologia i otyatrya), Pfalz (okulistyka), Kehl, Liniger i Schrakampf (medycyna i higiena społeczna), Peretti (psychiatrya). Pierwszy kurs dla lekarzy rozpocznie się 14 października b. r.

— Podanie kobiet o prawo imatrykulacyi na wszechnicach pruskich, (gdzie go dotąd nie posiadają), poparło 160 profesorów tych wszechnic.

— Na Zachodzie rozpoczyna się ruch w kierunku systematycznej opieki (leczniczej) nad kalekami. Odpowiednie zakłady mają powstać m. i w Berlinie i Bazylei.

— Rząd angielski zwołał na 17. VI. b. r. do Londynu międzynarodową konferencyę w sprawie zwalczania śpiączki afry-

kańskiej. »Deutsche med. Wochenschrift« uważa zwołanie konferencyi za przedwczesne, ponieważ nie ukończyły się jeszcze wyprawy naukowe, wysłane dla zbadania tej choroby, a przedewszystkiem... niemiecka.

— Surowica przeciwbłonicza rozdawaną jest bezpłatnie w Stanach Illinois i Massachusets Ameryki półn.

Mianowani: prof. anatomii patol. na czeskim uniwersytecie w Pradze, dr. Jarosław Hlava, dożywotnim członkiem austr. Izby Panów; nadzw. profesorowie Bokay (pedyatra) i Koranyi (internista) w Peszcie profesorami zwyczajnymi; anatom patologiczny prof. Kretz z Wiednia profesorem w niemieckim uniwersytecie w Pradze; neurolog dr. Dejerine, prof. historyi medycyny w Paryżu, objął katedrę patologii wewnętrznej.

Zmarli: anatom prof. Cannieu w Bordeaux; prof. patologii zewn. Sokołow w Charkowie.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Kreolin in der Chirurgie. »Klin.-ther. Wochs.« 1907. J. Pappée: Nadzór lekarski nad prostytucyą. »Tyg. lek.« 1907. Bogdanik: Trzy plagi ludzkości: alkoholizm, nikotynizm, morfinizm. Odczyt w Towarz. opieki nad młodz. szk. Lwów. 1907.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w czerwcu 1907: *Gazeta lekarska Nr 20—23:* J. Jaworski: Henryk Jordan. Karwacki: Gorączka powrotna pod względem bakteryologicznym. Dąbrowski W.: Spostrzeżenia, dotyczące epidemii gorączki powrotnej w Warszawie. Dzierżgowski: W sprawie znaczenia zbiornika septycznego przy oczyszczaniu biologicznem wód ściekowych. Sterling: Dwa przypadki aleksyi (dok.). Kopczyński: Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych. Biernacki: Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Bernhardt: Rak i promienie Röntgena. — *Medycyna Nr 22—25:* Endelman: W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki (dok.). Karczewski: O ciąży śródmiąższowej (c. d.). Higier: Rodzinny bezład móżdżkowy wieku dziecięcego i choroba Tay-Sachsa. Brunner i Pinkus: O oddzielaniu i zgęszczaniu antytoksyny błoniczej. — *Tygodnik lekarski Nr 22—24:* W. Ziembicki: Pierwsze dziesięciolecie lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych. Gluziński: Zapalenie wyrostka robaczkowego a błonica. Rencki: Dalsze spostrzeżenia nad policytemią szpikową. Schneider: O zachowaniu się krwi w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc u człowieka z policytemią szpikową, u którego dawniej wycięto śledzionę. Hicner: Z praktyki sądowo-lekarskiej. Mars: Przyczynek do badania ginekologicznego przez pochwę. — *Kronika lekarska Nr 10—12:* Zawadzki: W sprawie kas i ubezpieczeń lekarzy. Biehler M.: 4 przypadki przedziurawienia podniebienia miękkiego w szkarlatynie. Grudziński: 1) O ciśnieniu osmotycznem wód mineralnych i jego znaczeniu w balneologii. 2) O badaniu odruchu rzepkowego. Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 6:* Karwowski: Spirochaete pallida Schaudinna-Hoffmanna. — *Czasopismo lekarskie Nr 4—5:* Brudziński: Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Bogdanik: Kreolina w chirurgii. Mogilnicki: Ostry nieżyt krtani u dzieci, symulujący krup pierwotny. Żenczynkowski: Ogólne uwagi krytyczne z powodu projektu ministeryum w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od choroby. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1906. — *Postęp okulistyczny Nr 4—5:* K. W. Majewski: O operacyjnem leczeniu myopii. Rumszewicz: Przypadek raka powieki dolnej. Noiszewski: Keratitis neuroparalytica w świetle doświadczeń z wycinaniem nerwów naczyniowych na szyi. — *Kronika dentystyczna Nr 6:* Idzikowski: Uwagi praktyczne w sprawie zdejmowania wycisków oraz ustalenia artykulacyi zębów. Krakowski (c. d.) — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 4—5:* Waryński: Ś. p. Karol Szadek. Otto: Syfilityczne zapalenie naczyń z następczą gangreną. Malinowski: Przypadek naczyniaka punkcikowatego ugrupowanego skóry i stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego. Moriconi: Przyczynek do sprawy prostytucyi u nas. — *Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. 1:* Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie polskiem (c. d.). — *Krytyka lekarska Nr 6:* Kramsztyk: Dwadzieścia pięć lat istnienia Kasy Mianowskiego. Peszke: O Janie Solfie (c. d.). — *Przegląd higieniczny Nr 6:* Wajgiel, Szpilman (c. d.). — *Głos lekarzy Nr 11:* Ś. p. Henryk Jordan. Mikołajski: 1) Kodeks deontologii lekarskiej. 2) Memoryał w sprawie polepszenia bytu asystentów uniwersytetu. Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy i jej zadaniach. Bogdanik: O naszem szpitalnictwie. Braun: Towarzystwo zaliczkowe. — Przeciw otwarciu polikliniki w Krakowie. — Stan szpitalnictwa krajowego (z referatu sejmowej komisyi sanitarnej).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 3. lipca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader przedstawi chorych. 2) Dr Steuermark przedstawi chorych leczonych promieniami Röntgena. 3) Doc. Gliński przedstawi preparaty anatomiczno-patologiczne. 4) Prof. Rosner przedstawi nowe narzędzia. 5) Dr M. Kozłowski przedstawi preparaty i narzędzia.

Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **we Lwowie** (w przededniu otwarcia Zjazdu lekarzy i przyrodników) **w niedzielę, dnia 21. lipca b. r. o godz. 11 przed południem w lokalu Towarzystwa przy ulicy Dominikańskiej L. 11.**

Sekcye, które dotychczas nie odbyły posiedzenia administracyjnego, zechcą tego dokonać celem wyboru Biura sekcyi, delegata na Walne Zgromadzenie i jego zastępcy. Zwracamy przytem uwagę, że według § 41 naszej ustawy można wyjątkowo wybrać delegatów i zastępców zapomocą głosowania listownego na wniosek Biura. O dokonanym wyborze, jakoteż o wnioskach Sekcyi do Walnego Zgromadzenia prosimy jak najrychlej zawiadomić Prezesa Towarzystwa, ażeby można wybranym delegatom wcześnie rozesłać sprawozdanie za rok 1906.

Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu wybrano Delegatów Sekcyi samborskiej i sanockiej członkami komisyi rewizyjnej, ci więc Koledzy zechcą w powyższym dniu o godzinie 9 przed południem przybyć do biura sanitarnego w Namiestnictwie celem rewizyi ksiąg rachunkowych i kasy.

Z Rady Zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr Stefan Świątkowski w. r. sekretarz gener. — *Dr Józef Merunowicz*, w. r. prezes.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers H.,** kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Dom „Świteź“).
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Langie Adam,** okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy,** lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery,** b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag,** (Willa „Atylla“).
Dr **Kołaczkowski J.,** kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma“), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński,** (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz,** („Villa St. Hubert“), („zimą w **Nizzy**“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard,** (Schwarzer Bär, Kirchenstr.)
Dr **Steinsberg,** (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef,** („Stadt-Paris“ Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.,** radca ces., (Villa „Höflinger“ VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregenten str. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko,** b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar,** („Pascha“ Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.,** („Stadt Hamburg“).